39

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 17 juillet 1906, à 1 heure

Par **Gustave BOUCHE**

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE

L'ÉPITHÉLIOMA

DU DOS DE LA MAIN

Président : M. LE DENTU, *professeur.*

Juges : MM. GUYON et BUDIN, *professeurs.*
DEMELIN, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A MES FRÈRES, A MA SŒUR

A MES ONCLES, A MES TANTES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Nous avons à cœur, au terme de nos études médicales, d'adresser à nos Maîtres de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris l'expression de notre profonde gratitude.

Nous remercions bien sincèrement M. le professeur Le Dentu pour l'honneur qu'il nous a fait en présidant notre thèse.

Nous ne saurions trop remercier notre maître M. Morestin, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, pour sa bonté à notre égard pendant tout le cours de nos études ; nous avons eu la bonne fortune d'être guidé par lui dès nos premiers pas dans la carrière médicale, et nous conserverons toujours le souvenir de ses bons conseils et de son excellent enseignement ; qu'il soit assuré de notre sincère et vive reconnaissance.

Nous remercions notre Maître, M. Talamon, dans le service duquel nous avons passé une année comme externe ; nous nous rappellerons longtemps ses

intéressantes et instructives causeries au lit du malade

Nous remercions aussi MM. Guinard et Richelot qui ont été nos Maîtres en chirurgie, M. Maygrier qui nous a enseigné l'obstétrique, M. Huchard qui nous a fait connaître la pathologie du cœur, M. Variot qui nous a fait profiter de sa longue expérience en pédiatrie, M. le professeur Gaucher qui nous a éclairé la dermatologie ; à tous ces Maîtres dévoués, dont nous fûmes l'externe, nous adressons, avec nos vifs remerciements, l'expression de notre inaltérable reconnaissance.

INTRODUCTION

Nous avons voulu à propos de quelques observations de notre maître M. Morestin, faire une brève étude des épithéliomas du dos de la main et mettre en relief certaines particularités de leur traitement.

Nous nous occuperons surtout des épithéliomas siégeant sur le dos de la main proprement dit, c'est-à-dire à la partie contenant les os du carpe ; mais comme ces productions néoplasiques nées sur le dos des doigts peuvent gagner secondairement le dos de la main et inversement, comme elles peuvent siéger à cheval entre ces deux régions, sur l'articulation métacarpo-phalangienne, force nous sera de nous occuper aussi incidemment des doigts.

ANATOMIE DU DOS DE LA MAIN

Nous croyons utile de donner ici l'anatomie topographique du dos de la main d'après MM. Testut et Jacob.

Le dos de la main comprend toutes les parties molles qui se disposent en arrière de la deuxième rangée du carpe et des cinq métacarpiens.

Les plans superficiels sont constitués par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

La peau est mince, fine, très mobile sur les plans sous-jacents, elle est garnie de poils et possède des glandes sébacées.

Le tissu cellulaire sous-cutané ne contient presque pas de graisse, il affecte une disposition lamelleuse et constitue ainsi un véritable fascia superficialis qui se continue en haut avec celui du poignet et en bas des espaces interdigitaux avec celui de la paume de la main.

Dans son épaisseur cheminent les vaisseaux et les nerfs superficiels.

Les artères sont de calibre très réduit, les veines forment un réseau à larges mailles où l'on distingue quelques troncs parallèles qui suivent de bas en haut les espaces interosseux, la salvatelle ou collatérale interne du petit doigt et la céphalique du pouce.

Dans cette couche cellulaire sous-cutanée se trouvent tous les nerfs qui viennent du radial et du cubital ; ces deux troncs nerveux se divisent chacun en trois branches qui fournissent les rameaux collatéraux dorsaux des doigts.

Au-dessous de la couche cellulaire est l'aponévrose dorsale superficielle, lame fibreuse assez résistante qui se fusionne en bas au niveau de la racine des doigts avec les expansions des tendons extenseurs et latéralement se fixe sur les deux métacarpiens extrêmes.

Au-dessous de cette aponévrose dont le rôle est important au point de vue de l'envahissement des néoplasmes se trouve une couche tendineuse constituée par les tendons juxtaposés des muscles extenseurs des doigts, des radiaux externes, du cubital postérieur. Ces tendons sont contenus dans un dédoublement de l'aponévrose superficielle qui, en adhérant à leurs bords, les unit intimement les uns aux autres, ils sont reliés entre eux par un système de languettes fibreuses à direction transversale ou oblique.

Les tendons reposent sur une lame de tissu conjonctif lâche dans l'épaisseur de laquelle circulent les artères émanées de la radiale qui, après être passée sous le tendon du long extenseur du pouce, gagne l'extrémité supérieure du premier espace interosseux qu'elle traverse pour se rendre à la paume.

Les *lymphatiques* sont représentés par une série nombreuse de troncs et de troncules qui proviennent en partie des doigts, en partie de la région palmaire.

Ils suivent de bas en haut un trajet plus ou moins vertical et finalement aboutissent aux ganglions axillaires.

Au-dessous de tous ces organes s'étale l'aponévrose profonde, elle est très mince.

Plus profondément sont les espaces interosseux dorsaux qui, au nombre de quatre, occupent les espaces inter-métacarpiens.

Enfin, le plan squelettique est formé des quatre os de la dernière rangée du carpe, des cinq métacarpiens et des ligaments qui les unissent entre eux.

HISTORIQUE

Ledran et Louis (*Mémoires de l'Académie de chirurgie,* tome III, Paris 1757) croyaient à la nature purement locale d'un grand nombre de cancers de la peau et surtout de la face.

Leur grand sens clinique leur avait montré les analogies et les différences qui existent entre le cancroïde et le véritable cancer ; ils étaient d'avis que le *noli me tangere* de la face est souvent susceptible de guérison complète quand il a été largement opéré.

En 1786 Richter de Gœttingen émettait les mêmes idées, elles furent adoptées par les chirurgiens d'alors ; Bayle et Cayol (*Dictionnaire des sciences médicales,* tome III) parlant de l'ulcère cancéreux primitif, prétendent tout en rattachant les *noli me tangere* au cancer, qu'il faut en faire un groupe distinct et que leur gravité est bien au-dessous de celle des autres cancers. C'est en 1827 que fut publiée par Behrends, dans les *Archives de Médecine.* la première observation touchant notre

sujet ; elle est relative à la production de tumeurs cornées développées aux pieds et aux mains.

En 1829 Marjollin, dans le *Journal Hebdomadaire*, publie une observation de cancer mélanique de la paume de la main et Tessier, en 1834, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, relate un cas de cancer de l'index.

C'est ici que se place la découverte du microscope qui va permettre l'étude anatomo-pathologique de l'affection qui nous occupe.

Jean Muller remarqua (1838), qu'il est rare de rencontrer à la peau les formes ordinaires du cancer ; Ecker, en 1844, et presque en même temps Mayor fils de Genève et Lebert découvrirent que certains prétendus cancers des lèvres étaient dus à la pénétration dans le derme de boyaux épithéliaux provenant de bourgeons interpapillaires hypertrophiés du corps muqueux.

Lisfranc, en 1840, Signorani la même année dans la *Gazette des Hôpitaux*, Jobert, en 1843, dans le même journal, publient des observations se rapportant au cancroïde du dos de la main.

Nélaton en 1844 dans son *Traité des éléments de pathologie chirurgicale* consacre un intéressant article à l'étude de l'ulcère chancreux ; il en fait une affection locale sans action sur les ganglions.

Michon, en 1848, prend comme sujet de thèse : *Le cancer cutané*, et considère les tumeurs épithéliales comme de véritables cancers.

Cet auteur, pour qui toute affection capable de récidiver après ablation et d'infecter les ganglions est du

cancer, signale cependant les formes disséminées du cancroïde.

En 1850, observation de Huguier dans la *Gazette des hôpitaux*, sur un carcinome de la main droite.

Hannover crée, en 1852, le mot d'épithélioma.

Paget (1853), dans son ouvrage sur les tumeurs, consacre un long article à l'étude du cancer épithélial et reconnaît entre ce dernier et le cancer, une différence de degré ou de malignité, mais non de nature (car l'épithélioma de la peau n'était pas considéré comme un cancer).

En 1855 paraît de Vermont, une étude sur quelques tumeurs des doigts, et la même année, la thèse de Dupuy qui résume la discussion qui eut lieu à l'Académie entre les chirurgiens et les micrographes ; il s'agissait de savoir si le cancroïde pouvait se généraliser comme la cellule cancéreuse.

Puis paraît le *Traité des tumeurs* (1866) dans lequel Broca décrit l'histoire d'une affection analogue à l'épithélioma simple ou multiple, c'est le polyadénome et le monoadénome. Il divise les polyadénomes en circonscrits et diffus ; il dit en parlant des derniers : « Les polyadénomes diffus sont disposés à s'ulcérer, à se propager, à récidiver et à se comporter comme des cancroïdes ; ces accidents sont le résultat de leur transformation en épithéliomes. »

Führer, après examen de quelques tumeurs épithéliales, reconnut qu'il en existe plusieurs variétés, et distingua une forme papillaire due à l'hypertrophie des bourgeons interpapillaires de l'épiderme, et une forme

profonde ou acineuse résultant du bourgeonnement des follicules pileux et des glandes. Cet auteur, comme d'ailleurs Lebert et Robin, n'avaient en vue que les glandes sébacées, et ce furent Remak et Verneuil qui commencèrent l'histoire de l'épithélioma des glandes sudoripares.

En 1860 paraît la thèse de Heurtaux sur le cancroïde de la peau, étude remarquable à laquelle nous nous sommes souvent reporté et dans laquelle l'auteur, après avoir remarqué que le cancroïde est presque toujours unique au début, cite des cas où l'on a vu des sujets porter à la fois deux ou plusieurs de ces productions, sans qu'on pût les regarder comme des cancroïdes par infection.

Follin, puis Dubuclet (1874) constatent que l'épithélioma au début est généralement unique, multiple très rarement ; plus tard, cette multiplicité est fréquente, mais elle est due à la généralisation par infection ganglionnaire.

Mentionnons la thèse du Dr Casson en 1879 sur les cancroïdes de la main.

En 1880, Demay étudie dans sa thèse plusieurs variétés de tumeurs de la main ; il passe en revue les lipomes, les fibromes, les sarcomes, les carcinomes, les cancroïdes.

En 1882, M. Blum parle très brièvement des tumeurs malignes de la main dans son ouvrage : *Chirurgie de la main*, et fait paraître l'année suivante dans les *Archives générales de Médecine*, une observation avec étude complète au point de vue anatomo-pathologique d'une

pièce provenant d'un épithélioma du dos de la main qu'il avait eu l'occasion d'enlever.

M. Darier, en 1889, publie dans les *Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique* un important mémoire sur l'épithéliome des glandes sudoripares.

Le Dr Oiry étudie spécialement dans sa thèse (1890), la propagation des épithéliomas par les nerfs à propos d'une observation d'envahissement du nerf cubital par un épithélioma pavimenteux du dos de la main.

En 1896, thèse du Dr Echevin sur l'épithélioma des doigts.

En 1897, paraît la thèse du Dr Labiche sur l'épithélioma de la main avec plusieurs observations inédites de M. Blum.

Le Dr Le Couëdic, en 1902, étudie dans sa thèse l'épithélioma sénile du dos de la main.

Notre maître, M. Morestin présente à la Société anatomique en mai 1899 et en novembre 1905, les malades dont nous rapportons les observations.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de l'épithélioma du dos de la main est aussi obscure que celle des néoplasies cancéreuses en général ; toutefois nous allons essayer de montrer quelques « influences étiologiques », suivant l'expression de Bard, qui interviennent ici.

La main est assez rarement le siège de l'épithélioma ; Gurlt sur 1377 cancroïdes n'en avait rencontré que 8 de la main ou des doigts, mais cependant après la face, loin il est vrai après, c'est un des sièges de prédilection de cette néoplasie.

L'épithélioma de la main est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et nous en verrons la raison.

C'est un des tristes apanages de la vieillesse, car on le voit presque toujours chez des gens de 60 à 80 ans ; Polaillon (*Dictionnaire des sciences médicales*) assure n'avoir rencontré aucun épithélioma ulcéré de la main avant l'âge de 50 ans ; cependant Szokalski a présenté à l'Académie de Médecine des observations d'épithé-

lioma ulcéré du dos de la main chez des gens de moins de 50 ans (*Gazette médicale de Paris*, 1853) et Cartaz (*in bulletin, société anatomique*, 1877), a pratiqué l'amputation d'un doigt pour un épithélioma développé sur une plaque de psoriasis chez un homme de 40 ans.

Bien plus Robin, en 1870, a présenté à la Société anatomique, une tumeur qui fut examinée et reconnue pour un épithélioma par MM. Cornil et Coyne et qui avait été enlevée à une jeune femme de 21 ans.

On faisait jouer autrefois un grand rôle à l'hérédité dans la genèse de l'épithélioma ; sans aller jusqu'à nier l'influence de ce facteur, on en a, de nos jours, diminué l'importance et Snow, sur 1075 cancéreux n'a rencontré des antécédents héréditaires que dans 15, 7 0/0 des cas.

Très souvent l'épithéliome du dos de la main se développe sur une cicatrice, sur une verrue, sur une plaque de kératose sénile, sur un point soumis à des frictions répétées. O'Sullivain pratiqua l'amputation de l'avant-bras sur un homme de 75 ans chez lequel la tumeur s'était développée sur une cicatrice de brûlure.

M. Blum a observé un tailleur de 60 ans porteur d'un épithélioma qui avait pris naissance sur une cicatrice consécutive à une brûlure de la main remontant à la première enfance.

Beck (*Deutsche Zeitch. f. chir.* 1881), a pratiqué aussi l'amputation de l'avant-bras chez un homme de 64 ans, pour un épithélioma développé sur la cicatrice d'une plaie de la main qu'avait produite quarante ans auparavant l'explosion d'un fusil.

Fergusson observa un homme de 68 ans qui s'étant frappé le dos de la main avec le manche d'une hache vit se former une tache noire sur la région contuse ; il se constitua en ce point une tumeur qui fut cautérisée ; à la chute de l'escharre il se produisit une ulcération cancroïdale qui opérée plusieurs fois nécessita l'amputation de l'avant-bras.

Il n'est pas très rare de voir des épithéliomas naître sur des plaques lupiques, et il nous a été donné d'observer, dans le service de notre maître M. Gaucher, un épithéliome de l'annulaire succédant à un lupus typique.

Mais l'épithélioma, à la main, peut suivre presque immédiatement le trauma et se greffer sur une plaie banale, comme en fait foi une observation qu'a publiée M. Blum, dans les *Archives générales de Médecine* (1883).

D'autres fois l'épithélioma paraît sur la petite plaie provoquée par l'arrachement d'une verrue, sans qu'on sache dans ces cas si la petite production verruqueuse n'était pas la première manifestation de la néoplasie cancéreuse.

On conçoit maintenant que ces épithéliomas soient plus fréquents chez l'homme que chez la femme, car ceux-là sont plus exposés, par la nature de leurs travaux aux traumatismes les plus variés, et ils sont peut-être moins soigneux de leur personne ; pour les mêmes raisons ces productions du dos de la main se rencontrent presque toujours chez les individus des classes laborieuses.

FORMES

Avec M. Blum (*Chirurgie de la main*, 1882) nous décrirons trois formes de l'épithélioma du dos de la main.

L'épithélioma papillaire qui se montre sous forme d'une verrue plus ou moins volumineuse, dure, vascularisée. Au bout d'un certain temps la tumeur s'ulcère, se recouvre de croûtes noirâtres au-dessous desquelles on voit suinter un liquide sanieux plus ou moins abondant.

En même temps l'infiltration épithéliale se fait en surface et en profondeur, de manière à élargir la base d'implantation de la tumeur.

L'épithélioma dermique présente les mêmes symptômes et la même marche, avec cette différence qu'il débute par une tuméfaction du derme au lieu de commencer par une hypertrophie papillaire.

L'épithélioma glandulaire observé à la main par Richet, Verneuil, Broca, Bœckel, Darier siège dans les glandes sudoripares ou dans les glandes sébacées.

Il se présente sous la forme circonscrite et a l'aspect d'un bouton rouge pédiculé ou sessile, indolent, n'ayant aucune tendance à l'ulcération.

A sa surface on observe une multitude d'orifices qui ne sont autres que ceux des conduits excréteurs des glandes hypertrophiées.

La forme diffuse commence par une tuméfaction mal circonscrite qui a tendance à s'étaler et à se transformer en ulcère.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE D'UNE PIÈCE PROVENANT D'UN ÉPITHÉLIOMA DU DOS DE LA MAIN.

Les épithéliums se divisent en deux grandes classes : les uns d'origine ectodermique sont formés de cellules plus ou moins aplaties et superposées ; ce sont les épithéliums pavimenteux stratifiés ; les autres d'origine généralement endodermique sont formés par des cellules cylindro-cubiques, disposées en un seul plan. Aux deux grands types d'épithéliums correspondent deux espèces d'épithéliomas : les pavimenteux, *épithéliomas de la peau*, et les cylindriques, *épithéliomas* des muqueuses, des glandes.

La première catégorie nous intéresse surtout ; on décrit plusieurs variétés d'épithéliomas pavimenteux, habituellement au dos de la main surtout, c'est la forme interstitielle, *interpapillaire* que l'on observe.

Cette néoplasie débute par une verrue dure, dont les papilles hypertrophiées de la peau constituent la base.

Cette production se vascularise, s'accroît, se fendille et s'ulcère. L'épithélium semble alors s'allonger entre les papilles, se confondant avec le derme où l'on voit une prolifération abondante de cellules multinucléaires qui deviennent libres ; dans les couches plus profondes, on voit le tissu conjonctif se mêlant à ces cellules, c'est la zone d'envahissement, d'infiltration des tissus voisins.

A partir donc du moment où l'épithélioma a franchi les limites du tissu sain, il y a infiltration et les téguments présentent alors des modifications inflammatoires particulières. L'ensemble de la néoplasie se trouve séparé des tissus sains par une zone d'envahissement que rien ne distingue au point de vue anatomique d'un tissu qui serait le siège d'une vive inflammation, et puis l'ulcération cancroïdale gagne en largeur et en profondeur.

2) *L'épithélium pavimenteux lobulé* est une tumeur blanchâtre, rarement rosée, sèche, d'aspect granuleux criant sous le scalpel, à déchirure facile, d'où le nom de cancer friable ; elle ne donne pas de suc laiteux au râclage, mais par la pression on fait sourdre de petits filaments. La néoplasie se présente sous forme de masses plus ou moins limitées, plus ou moins confondues avec le tissu conjonctif envahi. Elle s'accroît aux dépens des tissus qui l'environnent; les muscles sont envahis et l'on trouve des traînées épithéliales entre leurs faisceaux ; les globes épidermiques sont nombreux dans cette forme.

3) *L'épithélioma pavimenteux tubulé* est le cylin-

droma de Billroth, le polyadénone de Broca, le polyadénome sudoripare de Verneuil. C'est Verneuil en effet qui a bien montré que les glandes sudoripares pouvaient être le point de départ d'altérations aboutissant à l'épithélioma. Les parties atteintes se présentent sous forme de petites tumeurs, plus ou moins nombreuses, et une coupe en ce point montre une quantité de corps vermiformes d'aspect caséeux situés dans la peau ou sous elle.

A mesure que l'hypergénèse épithéliale se produit à l'intérieur de la glande sudoripare, le tube qui constitue cette glande augmente de volume tandis que s'amincit sa paroi en se distendant en certains points ; il en résulte la formation de bosselures qui prennent, quand elles sont en grand nombre, l'aspect d'une glande en grappe.

Le contenu de ces tubes et bosselures est constitué par des cellules épithéliales pavimenteuses, très tassées, petites, possédant un noyau ovoïde minuscule, mais relativement considérable par rapport à la cellule elle-même de dimensions très restreintes (Verneuil). Verneuil a aussi signalé la disposition imbriquée et régulière qu'affectent ces cellules ; il n'est pas rare d'y rencontrer des globes épidermiques. Lebert donne des globes épidermiques la description suivante : « Ces globes ovoïdes ou sphériques ne sont composés que d'un véritable tassement concentrique de feuillets épidermiques, qui dans la partie périphérique sont si étroitement juxtaposés que ces globes en prennent un aspect tout à fait fibreux, et ce n'est que vers le centre

et plus généralement lorsqu'on ajoute de l'acide acétique que l'on y reconnaît les cellules propres de l'épiderme. Les dimensions de ces globes varient entre 0 m/m 05 et 0 m/m 10 et au delà.

En 1852 Robin a montré que les glandes sébacées par un mécanisme analogue à celui que nous avons décrit à propos des glandes sudoripares peuvent devenir le point de départ d'épithéliomas ; enfin les follicules pileux peuvent aussi être l'orgine de l'épithélioma.

L'épithélioma pavimenteux perlé est rare, il paraît arrêté dans son développement, il estpresque absolument une variété bénigne, il peut durer vingt ans et plus à la même place sans faire de progrès. Au lieu de réunir tous les types des cellules du corps muqueux de Malpighi, il ne possède que des cellules cornées juxtaposées en lames concentriques, constituant ainsi une exfoliation cornée, de vrais globes secs séparés les uns des autres par un stroma conjonctif sans vaisseaux. L'épithélioma perlé reste tel s'il n'est pas tourmenté par les caustiques, par le grattage, il est doué d'une très faible vitalité ; à peine formé, il se dessèche, ses cellules s'aplatissent.

Après avoir décrit les variétés de l'épithélioma, il nous paraît utile de donner la relation complète d'un examen microscopique d'un épithélioma du dos de la main publiée par MM. Blum et Mathias Duval dans les *Archives générales de Médecine* en 1883. Nous donnerons à la fin de notre travail l'observation clinique de ce malade.

OBSERVATION MICROSCOPIQUE D'UNE PIÈCE PROVENANT D'UN ÉPITHÉLIOMA DU DOS DE LA MAIN

On prend une parcelle de la tumeur enlevée, on la soumet à un long séjour dans la liqueur de Muller, puis à l'acide chromique, enfin à l'alcool. Ainsi préparée, on fait, dans cette tumeur, des coupes fines, portant plus spécialement sur certaines parties et voici ce que l'on constate.

Sur une coupe d'ensemble, on reconnaît une partie saillante qui répond à la section du bourrelet de la pièce ; cette partie constitue la tumeur proprement dite ; on voit à ce niveau un tissu rappelant à ce faible grossissement l'aspect général d'une glande, c'est-à-dire une division irrégulière en gros lobes, subdivisés en lobules, lesquels présentent eux-mêmes des saillies latérales en culs-de-sac irréguliers.

On voit qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé et perlé. A droite de la coupe de la tumeur proprement dite on voit une petite étendue de la peau saine ou commençant à être envahie par la néoplasie. Cette région, en effet, est formée à l'extrême limite de la coupe par de la peau saine ; on voit en allant de droite à gauche (vers la tumeur), des parties où la peau commence à être soulevée par des formations sous-épidermiques qui, d'abord peu apparentes, puis plus accentuées, de sorte que l'on a ici toutes les transitions entre les régions saines et les régions complètement envahies par la formation de l'épithélioma.

D'autre part, à gauche de la tumeur on voit une région déprimée sur laquelle la partie la plus saillante de la tumeur surplombe en forme de cap ; cette partie correspond à la partie centrale de la pièce, région dans laquelle la formation cancroïdale paraît déjà, à l'œil nu, s'être résorbée ; et, en effet, les parties superficielles du derme sont parcourues par des tractus irréguliers d'aspect graisseux, qui sont autre chose que des lobules d'épithélioma en voie de destruction. L'épiderme se continue sans interruption sur toutes ces diverses parties de la pièce, un peu plus irrégulier, et il s'en détache de fortes lamelles de desquamation, au niveau du bord saillant où la tumeur proprement dite surplombe la région en voie de rétrogradation.

Nous allons étudier maintenant les coupes pratiquées dans la peau saine, dans la zone d'envahissement, dans la tumeur même, et enfin dans la partie en voie de guérison. Dans la peau saine nous voyons l'épiderme avec sa couche cornée et le corps de Malpighi qui repose sur une couche dermique papillaire formée de substance amorphe et d'un tissu conjonctif dermique formé de faisceaux de fibres conjonctives et renfermant des vaisseaux relativement volumineux. Dans cette peau saine on trouve des poils, des glandes sébacées et des glandes sudoripares, mais ces éléments sont clairsemés.

2° Examinée dans une région un peu plus voisine de la tumeur, la peau ne présente aucune modification quant à son derme et à la couche cornée de l'épiderme, mais les corps de Malpighi présentent une extension frappante ; les dépressions interpapillaires de ce corps

sont fortement développées. Elles s'enfoncent dans le tissu papillaire du derme, et là, quelques-unes d'entre elles se bifurquent et se renflent en massue comme des culs-de-sacs glandulaires en voie de développement.

On voit l'extrémité supérieure du canal d'uné glande sudoripare ; cette partie n'a subi aucune modification et l'examen des nombreuses préparations démontre que ni les follicules pileux, ni les glandes sébacées ou sudoripares ne sont le point de départ des néoformations épidermiques, celles-ci naissant exclusivement de tous les prolongements que la couche de Malpighi forme normalement entre les saillies papillaires du derme.

3° Dans une région toute voisine de la tumeur proprement dite, quelques-uns de ces prolongements interpapillaires du corps de Malpighi se présentent encore comme dans la région précédente, c'est-à-dire qu'ils sont plus ou moins tubuliformes ou légèrement renflés à leur extrémité profonde, laquelle n'arrive que vers la partie moyenne du tissu papillaire du derme. Mais quelques autres prolongements ont prit un aspect bien caractéristique ; ils descendent dans l'épaisseur du derme deux ou trois fois plus profondément que les précédents, de façon à venir se loger dans le tissu conjonctif du derme en dépassant la couche papillaire. Ces prolongements en forme de grosses massues sont alors formés par un pédicule qui les rattache au corps de Malpighi de l'épiderme sous-jacent, pédicule qui tend à se rétrécir de plus en plus et par une portion profonde intradermique très fortement renflée, irrégulièrement sphérique.

4° Passons maintenant directement à l'examen d'une

coupe fine du corps de la tumeur proprement dite.

a). — Les lobules oú alvéoles du tissu épidermique sont disposés en chapelet les uns à la suite des autres, ou appendus latéralement les uns aux autres, les plus petits rattachés aux plus gros par des pédicules plus ou moins rétrécis.

b). — Dans l'intérieur, au centre des gros lobules, des globules épidermiques sont disposés en nombre variable avec leur aspect caractéristique de couches concentriques analogues aux écailles d'un oignon.

Notons encore que les cellules épidermiques les plus voisines de ces globules sont minées, aplaties et fort semblables aux éléments de la couche cornée de l'épiderme normal. Mais les cellules qui sont plus en dehors sont remarquables par leur volume considérable, leur gros noyau avec nucléole, et enfin par l'aspect lenticulé de leur contour.

Le tissu conjonctif qui forme entre ces lobules des travées ramifiées est à ce moment riche en vaisseaux et en jeunes éléments cellulaires appuyés surtout au voisinage immédiat des vaisseaux.

5° Les formes de passage qui relient l'état de la peau au niveau de la tumeur à l'état qu'elle présente dans les parties où la régression est complète, ne s'observent pas également bien sur tous les points de la périphérie de l'espace déprimé ; en quelques régions il n'y a aucune transition entre les alvéoles ou lobules épithéliaux largement développés et les tractus d'apparence graisseuse. Faisons donc la description d'une coupe pratiquée dans la partie moyenne de la région dépri-

mée, circonscrite par le bourrelet de la néoformation. Ici l'épiderme dans son ensemble est un peu plus mince que dans la peau saine. Comparativement à la peau saine, la différence essentielle se trouve dans le derme où le corps papillaire a disparu en tant que formé de substances amorphes avec fines fibres conjonctives ; on trouve, en effet, que le derme est ici constitué dans toute son épaisseur par des faisceaux serrés de tissu conjonctif, faisceaux entrecroisés dans tous les sens et parcourus par un riche réseau vasculaire.

Il y a là un véritable tissu cicatriciel lequel s'est développé par transformation des éléments signalés dans les cloisons qui séparaient les alvéoles de la tumeur. De plus, on trouve, de place en place, dans ce tissu cicatriciel, des masses de cellules à aspect graisseux, cellules, dans lesquelles il sera facile de reconnaître des éléments épidermiques dégénérés et en voie de résorption.

Ces cellules sont très différentes les unes des autres même pour des éléments placés côte à côte. Quant à leur degré de dégénérescence, les unes étant réduites à une petite sphère de matière caséeuse, les autres ayant conservé un noyau bien distinct et encore bien colorable par le carmin, c'est parmi cette dernière qu'on trouve des éléments qu'il est impossible de méconnaître comme cellules épithéliales.

De cette étude deux conclusions importantes semblent clairement ressortir :

a) L'origine de la tumeur épithéliale est uniquement dans les parties interpapillaires du corps de Malpighi.

Les follicules pileux, glandes sébacées et glandes sudoripares ne prennent aucune part à la néoformation ; elles la subissent et quelques-unes lui survivent n'offrant que de légères déformations par compression.

b) La rétrogradation des éléments de la tumeur est due à un processus inflammatoire du derme, d'où formation de tissu conjonctif cicatriciel qui étrangle les lobules de la tumeur, les envahit et en amène la résorption.

SYMPTOMATOLOGIE

Début. — L'affection débute sous des formes variables et insidieuses et ce polymorphisme explique peut-être la richesse de dénominations qui ont servi à la caractériser : c'est le rodent ulcer des Anglais, l'ulcus rodens de Lebert, l'ulcère chancreux de Nélaton ; les anciens frappés surtout des résultats désastreux de leur intervention trop parcimonieuse l'appelaient *noli me tangere* et par ce nom justifiaient leur abstention systématique.

Le plus souvent l'épithélioma se manifeste sous forme de bouquets de papilles hypertrophiées auxquelles l'épiderme épaissi forme un étui conique de couleur gris qu'on peut détacher facilement. Il est souvent nécessaire pour séparer les papilles les unes des autres de soumettre la néoformation à l'application de corps gras ou de substances émollientes qui, en ramollissant la croûte, mettra les papilles à nu et les montrera avec leur apparence véritable. Ce mode de début est fréquent au dos de la main.

Quelquefois la lésion se manifeste sous forme de petits mamelons de la grosseur d'un grain de millet, et de couleur grisâtre ou rosée.

C'est à ces deux formes qu'on a donné le nom de tumeurs papillaires qui a le mérite de rappeler l'origine de la néoplasie.

L'épithélium peut débuter par une petite squame épidermique à bords plus ou moins nettement délimités qui peut être assez épaisse pour faire une notable saillie mais qui en général paraît plutôt excavée.

Enfin, la néoplasie peut débuter par un tubercule de dimensions généralement minimes, presque toujours sessile, souvent déprimé en son centre, ayant fréquemment une consistance ferme, mais pouvant être mou et fongueux. Il est, en général, mobile sur les couches profondes, mais la peau peut être mobilisée sans déplacer la petite tumeur.

On voit courir sur ce petit tubercule des stries rougeâtres, et sa surface est recouverte par une pellicule constituée par un épaississement de la couche épidermique. Presque toujours unique, le tubercule est quelquefois accompagné de productions semblables, se confondant par leurs bords.

Dans quelques cas l'épithélium offre au début l'apparence d'une fissure grisâtre ou pointillée de rouge, dont les bords coupés à pic et indurés, n'ont aucune tendance à la cicatrisation, mais ce mode de début, fréquent dans les néoplasies épithéliales voisines des orifices naturels, est assez rare au dos de la main.

On conçoit que le diagnostic, devant un tel polymor-

phisme, soit épineux, d'autant plus que ces épithéliomas, comme nous l'avons dit, peuvent naître sur toutes sortes de lésions : plaie banale, verrues, lupus, etc., il est presque impossible de saisir le moment de la dégénérescence et la reconnaissance de la tumeur n'est faite que lorsqu'elle est déjà assez développée.

Au point de vue fonctionnel, rien n'est caractéristique dans le début de ces néoplasies.

Les malades se plaignent quelquefois de vives démangeaisons, incitant le patient à s'excorier la peau (cas de Jobert, 1843. *Gaz. des Hôpitaux*).

Ces épithéliomas sont le plus souvent indolores, tel était le cas d'une femme dont parle Velpeau, qui n'éprouvait que de légers picotements ; mais ils peuvent être, dans de rares occasions, le siège de douleurs assez vives irradiant dans l'avant-bras ; d'autres fois, insensibles spontanément, ils sont très douloureux à la pression (cas de Lisfranc, 1840).

La peau dans leur voisinage peut être luisante, roussâtre, tendue, parcourue par des veines dilatées ; elle est chaude et dans un cas de Signorani, cette élévation thermique locale rappelait celle de la plaque érysipélateuse.

Comme tous les épithéliomas ceux du dos de la main saignent facilement et le moindre grattage donne naissance à un écoulement sanguin d'ailleurs de très minime importance.

Dans la grande majorité des cas l'épithélioma est unique ; mais on sait bien aujourd'hui que cela n'est point une règle, on ne compte plus les observations

d'épithéliomas multiples et ceux du dos de la main ne font pas exception. Szokalski a observé un malade qui portait un épithélioma au dos de la main et une production semblable à la lèvre inférieure (Académie de Méd., 9 août 1853). Parmentier a enlevé à une malade cinq petites tumeurs de la même main, tumeurs que Robin reconnut pour des productions épithéliales avec globes épidermiques perlés très volumineux. Velpeau, en 1863, a vu une femme âgée atteinte de deux épithéliomas du dos de la main.

Il est rare que le malade consulte le médecin à cette période de sa maladie, le plus souvent complètement négligé ou traité par des topiques variés, l'épithélioma continue son évolution et celle-ci est extrêmement lente.

La lésion peut, en effet, rester stationnaire pendant plusieurs années, mais après un laps de temps variable souvent d'autant moins long que le sujet est moins âgé, il arrive un moment où une ulcération superficielle se produit.

Cette surface ulcérée laisse quelquefois écouler deux ou trois gouttes de sang, elle fournit toujours une faible quantité d'une humeur claire et citrine qui se concrète à sa surface et donne lieu à la production de croûtes n'offrant plus la même apparence que les squames épidermiques du début; leur surface est inégale, leur couleur jaune ou grisâtre, quelquefois même presque noire quand une petite quantité de sang a été versée par les capillaires de la partie malade.

Ces croûtes de nouvelle formation peuvent acquérir

une épaisseur qui leur donne une certaine ressemblance avec les cornes, amenant des démangeaisons elles sont arrachées par le malade, se reproduisent et la même série de phénomènes se renouvelle à de plus ou moinr longs intervalles ; à chaque fois l'ulcération fait de nouveaux progrès.

L'envahissement de l'épithélioma est donc continuel, et quand, après cette période qu'on pourrait appeler préulcéreuse, l'ulcère s'est produit, il présente les caractères suivants.

Description de l'ulcère. — Les dimensions de la surface ulcérée sont très variables, le fond en est très irrégulier ; là ce sont les excavations, plus loin des bourgeons charnus exubérants, saignant au moindre contact.

Ce fond est tantôt rouge, sale ou violacé, tantôt pointillé de rouge ou blanchâtre par suite d'un enduit pulpeux, il sécrète une sanie mal odorante. Les bords de l'ulcère sont généralement saillants, rugueux, renversés, durs ; quelquefois moins abrupts ils conduisent par une pente douce des parties saines vers le fond de l'ulcère, par leur face regardant l'ulcère ces bords sont humides et rosés, leur périphérie est sèche, croûteuse, écailleuse.

Au delà de ces bords, la peau est souvent striée de vaisseaux sanguins dilatés, elle est luisante, tendue, chaude.

A côté de cette forme ulcéreuse rongeante qui, certes, est la plus fréquente, nous devons cependant mentionner la forme végétante dans laquelle il y a forma-

tion de bourgeons charnus exubérants qui peuvent, dans leur développement excessif, dépasser le niveau des parties saines voisines : c'est la forme végétante « en chou-fleur. » Besnier et Doyon décrivent encore une forme snperficielle (épithélioma plat) bénigne.

Il est un caractère constant qui est un signe clinique de premier ordre dans la symptomatologie de l'épithélioma de la main comme d'ailleurs de tous les épithéliomas c'est, dit M. Pierre Delbert « l'absence de toute circonscription, l'impossibilité de percevoir nettement les limites de la tumeur ; on ne sent ni où elle commence exactement, ni où elle finit parce qu'autour d'elle il y a toujours des portions qui sont à demi-envahies et celles-ci sont dures au toucher. »

La tendance aux hémorragies que nous avons signalée déjà va en augmentant avec les progrès de l'ulcération ; mais s'il est vrai que les épithéliomas du dos de la main saignent facilement, les grandes hémorragies sont tout à fait exceptionnelles tant que la lésion reste superficielle ; nous avons vu, en effet, que les artères sont rares et de petit calibre dans cette région, mais en gagnant la profondeur la lésion peut ulcérer la radiale et occasionner une hémorragie sérieuse.

Ganglions. — Jusqu'à présent nous n'avons point parlé des ganglions et cependant on sait la grande importance de leur état dans l'épithélioma. C'est que, dans les néoplasies du dos de la main qui nous occupent, l'envahissement des ganglions est particulier : il est tardif d'habitude et quelquefois n'existe pas.

Ce sont les ganglions sus-épitrochléens et axillaires qui sont pris.

A propos d'une malade de son service, affligée de deux épithéliomas du dos de la main, Velpeau disait en 1863 : « Il est aisé de voir que le retentissement ganglionnaire du crancroïde existe, et qu'il n'y a pas ici une exception à la règle générale pour les affections des doigts et de la main ; la promptitude de l'apparition des engagements ganglionnaires dans l'aisselle. »

Il semble bien que Velpeau ait un peu exagéré, car nous relevons nombre d'observations où l'examen le plus minutieux ne révèle aucune adénopathie dans des cas absoluments confirmés d'épithéliome du dos de la main.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* (1865) Bœkel mentionne expressément l'absence de tout ganglion hypertrophié, envahi, dans un épithélioma de la main ; de même dans deux observations de Verneuil (1854) dans une de M. Blum (*Archives gén. de Méd.* (1883) dans une de M. Morestin (1905).

L'envahissement ganglionnaire ne se produisant généralement qu'après l'ulcération de la tumeur, on s'est demandé si ce n'était pas là le seul fait de l'inflammation banale. Nous ne le pensons pas, au moins pour la généralité des cas, car des récidives ganglionnaires ont été signalées.

Pendant longtemps la tumeurest mobile sur les plans profonds, l'épithélioma restant stationnaire ou progressant à peine. Il nous semble que la présence, au dos de la main, de l'aponévrose dorsale superficielle, explique

cette lenteur, c'est une lame assez résistante qui peut opposer, pendant longtemps, une barrière à un néoplasme doué d'aussi peu de vitalité.

Au-dessous de cette aponévrose l'épithélioma rencontre les tendons qu'il envahit, rendant difficiles sinon impossibles les mouvements des doigts.

Les douleurs deviennent plus vives, à mesure que les filets nerveux de plus en plus volumineux sont attaqués.

Le Dr Oiry dans sa thèse « sur un cas d'envahissement du nerf cubital par un épithélioma du dos de la main », conclut après examen microscopique des pièces que l'envahissement des gros troncs nerveux est rare, qu'il peut avoir lieu alors même qu'il s'agit d'un épithéliome à marche lente et d'allure relativement bénigne ; que les symptômes de ces envahissements sont des douleurs spéciales parfois intolérables et l'apparition de renflements fusiformes le long du nerf qui est considérablement augmenté de volume.

Dans l'observation qu'il rapporte, le malade dut être amputé du bras, le néoplasme ayant envahi le cubital jusqu'au coude.

En 1882, M. Doyen, a présenté à la Société anatomique une pièce provenant d'un homme qui avait subi l'amputation de l'avant-bras, pour un épithélioma du dos de la main ; le nerf médian dans le canal carpien tuméfié et piqueté de points rouges, était envahi par le néoplasme dont les foyers siégeant dans la gaine conjonctive de chaque faisceau nerveux étaient presque

au contact des tubes, le patient avait éprouvé des douleurs intolérables.

L'épithélioma faisant des progrès, gagne finalement les muscles interosseux et le squelette. A ce moment la lésion est très étendue, grande comme une pièce de 5 francs, ou même occupe tout le dos de la main ; la tumeur ne peut plus être mobilisée sur les plans profonds, les mouvements des doigts sont abolis, la surface de l'ulcération laisse suinter en grande quantité un ichor fétide qui se concrète en croûtes noirâtres. Des taches brunes témoignent de la présence d'eschares superficielles.

Les os deviennent friables, ils se fracturent spontanément, dans un cas de Demarquay (1869, *Bulletin, Société de médecine*), les métacarpiens étaient tellement ramollis qu'on pouvait les couper au bistouri.

L'état général qui, jusque-là, s'était bien conservé devient mauvais, les malades maigrissent, ont de l'insomnie ; lentement les phénomènes de cachexie font leur apparition et l'issue fatale approche.

Mais il est bien rarement donné de voir évoluer la maladie jusqu'au bout. Comme cette variété d'épithélioma s'attaque surtout aux vieillards et qu'elle a une marche le plus souvent extrêmement lente, les malades sont emportés par une affection intercurrente avant que leur néoplasie ne retentisse sur leur état général, à moins qu'ils ne succombent à une généralisation. Celle-ci est tout à fait exceptionnelle, nous n'en trouvons, en effet, qu'un cas recueilli dans le service de M. Blum et consigné dans la thèse du Dr Labiche (1897

La malade opérée par M. Blum d'un épithélioma du dos de la main gauche, fit de la généralisation épithéliomateuse qui se termina par la mort huit mois après l'opération.

DIAGNOSTIC

Les bases des caractères cliniques de l'épithélioma du dos de la main sont : sa marche très lente avant de s'ulcérer, son indolence pendant longtemps, sa forme en chou-fleur d'abord, puis l'ulcération à bords indurés, taillés à pic, renversés, son unicité au moins au début, enfin signalons son aspect végétant avec écoulement des matières sanieuses et sa tendance à s'accroître tant en largeur qu'en profondeur.

L'énumération de ces caractères fait prévoir que le diagnostic de l'épithélioma du dos de la main sera difficile, surtout au début, car aucun n'est pathognomonique, aussi allons-nous essayer de donner quelques signes qui aideront à le différencier des lésions que l'on a coutume de rencontrer au dos de la main et avec lesquelles on pourrait le confondre.

Dès le début on aura à le distinguer de la *verrue* qui est bien le type de l'hypertrophie papillaire de la peau.

Grisâtre, dure, sèche, grenue, la verrue se rencontre

surtout chez l'enfant, l'adolescent, quelquefois chez l'adulte ; elle est le plus souvent multiple et reste stationnaire quand elle a atteint un certain développement.

Mais si on la trouve chez le vieillard, la différenciation devient délicate, car nous avons vu que l'épithélioma se greffe souvent sur une verrue. Le ramollissement de la tumeur et surtout de la croûte qui la recouvre devra attirer l'attention et faire craindre une dégénérescence épithéliale.

Les cornes sont des excroissances épidermiques qui se développent chez les vieillards sous l'influence de frottements répétés ; elles sont généralement indolentes, solitaires. « Cette lésion reste le plus souvent inoffensive, mais si on irrite la base de ces cornes on enflamme la peau et on l'ulcère ; il y a dès lors un cancroïde épidermique » (Broca).

On surveillera donc ces productions et on évitera, par des cautérisations intempestives, de les irriter et de les ulcérer.

Le condylome cutané est fixé à la peau par un pédicule large, dense, quelquefois directement chargé de papilles hypertrophiées ; mais le plus souvent on y trouve des pédicules secondaires et même tertiaires, ce qui donne à la tumeur une apparence ramifiée et la différencierait du cancroïde papillaire, mais le diagnostic est bien rarement à faire.

La chéloïde se développe habituellement sur des cicatrices. C'est une production fibro-plastique qui se développe dans l'épaisseur du derme.

Elle se distingue de l'épithélioma par sa forme étoi-

lée, sa surface unie, son aspect allongé, sa plus grande fréquence dans la jeunesse (Labiche).

Les fibromes, les lipomes, qu'on rencontre à la peau, sont exceptionnels au dos de la main, leurs caractères propres, leur marche très lente, le fait qu'ils ne s'ulcèrent presque jamais, les feront différencier de l'épithélioma.

Les enchondromes sont des tumeurs assez régulièrement arrondies, les doigts en sont presque exclusivement le siège. L'enchondrome des mains est une maladie de jeunesse, dit Polaillon, c'est au-dessous de 15 ans qu'on les voit apparaître. La tumeur n'ahère pas à la peau et quand celle-ci vient à s'ulcérer, c'est par suite de la distension extrême qu'elle a subie.

Les sarcomes se développent de préférence aux dépens des tendons et de leurs gaines. Ils évoluent très rapidement d'une manière générale, la maladie ne dépasse guère deux ou trois ans depuis son début jusqu'à la période d'ulcération et les ganglions de la région sont envahis de bonne heure. Les adultes sont plus disposés à ces néoplasmes que les vieillards, contrairement à ce qui se passe pour l'épithélioma.

D'ailleurs les sarcomes forment des tumeurs bien plus volumineuses, de forme bien plus irrégulière ; on y trouve de grosses bosselures de consistance variable, enfin ils respectent longtemps la peau.

Le carcinome n'a aucune prédilection pour l'une ou l'autre des faces de la main, la forme anatomique habituelle du carcinome de la main est la forme encéphaloïde avec tendance à devenir télangiectasique.

Le carcinome mélanique est très rare à la main, on n'en connaît que deux cas.

A une période avancée le diagnostic est facile, mais au début il est hérissé de difficultés, on le voit, sur des sujets de tout âge, heureusement qu'il est très rare au dos de la main.

Quand l'épithélioma s'est ulcéré, on doit le différencier des ulcérations *lupiques* qui se rencontrent généralement chez des gens plus jeunes ; d'autre part les manifestations cutanées ulcéreuses de la tuberculose sont, le plus souvent, multiples et sont en général précédées d'adénite bacillaire datant de l'enfance. « L'épithélioma de la main se distingue des ulcérations scrofuleuses par l'existence d'une tuméfaction, d'une induration formant la base de l'ulcération, par l'état général et la marche de l'affection » (Blum).

Les ulcérations scrofuleuses ne reposent pas sur une base indurée comme les épithéliums, elles ont un fond rougeâtre, blafard, leurs bords sont ordinairement mous, amincis, irréguliers, décollés ; elles ont moins de tendance à creuser que l'épithélioma.

Les ulcérations syphilitiques ont parfois prêté à confusion, c'est le chancre qui se rapproche le plus par son aspect, sa consistance de l'épithélioma, mais comme il s'accompagne rapidement d'adénite, comme il est de peu de durée et est suivi de près par la roséole, on fera aisément le diagnostic pourvu que l'on y pense.

L'ulcération des gommes syphilitiques, est en général arrondie, peu indurée, à marche rapide, le fond de

de l'ulcère est pseudo-membraneux, grisâtre, humide et donne issue à un pus verdâtre, épais ; les parties voisines ont une teinte cuivrée caractéristique.

Malgré cette richesse de signes différentiels le diagnostic n'est pas toujours facile, surtout quand l'épithélioma vient se greffer sur une plaque lupique ou une ulcération syphilitique, M. le professeur Gaucher se trouve bien de tenter le traitement d'épreuve par les injections au benzoate de mercure pendant quinze jours pour éliminer la syphilis, peut-être pourrait-on reprocher à ce procédé d'amener une aggravation de la lésion quand elle est épithéliomateuse, car on sait combien est sensible au mercure et surtout à l'iodure de potassium cette néoplasie.

PRONOSTIC. — MARCHE. — TRAITEMENT

Pronostic. — Le pronostic des épithéliomas de la main est relativement bénin, car il est rare que cette affection amène la mort, et sa marche essentiellement lente dans la grande majorité des cas n'entraîne que peu de troubles dans la santé générale.

Mais comme c'est une lésion qui ne saurait guérir spontanément, et qui peut à un moment donné, sans cause appréciable, progresser rapidement et amener des troubles graves dans le fonctionnement de la main, il importe de la traiter hâtivement.

Le pronostic est donc bénin, mais la tendance à la récidive qu'affecte l'épithélioma dans quelques cas peut l'assombrir. Les documents font défaut pour préciser quelle est la fréquence des récidives dans l'épithélioma du dos de la main. Nous ne saurions faire état, en effet, des observations anciennes, car les interventions n'étaient pas assez complètes, du fait surtout que l'ablation des ganglions n'était pas pratiquée. Depuis l'application

des principes nouveaux qui régissent la chirurgie contemporaine, nous ne possédons qu'une observation de M. Blum où nous relevons une récidive un an après l'intervention. La plupart des malades ne revenant pas se présenter au chirurgien qui les a opérés, il résulte de ce fait que peu d'observations complètes ont pu être publiées. Le malade qui fait l'objet d'une des observations que nous rapportons a été opéré en novembre 1905, le 3 mai 1906 il a été présenté à la Société dermatologique par M. Morestin et reconnu indemne de toute récidive.

Marche. — L'évolution des épithéliomas du dos de la main est généralement très lente, comme nous le montrent presque toutes les observations publiées. Les malades dont l'histoire est rapportée par Lebert et Parmentier étaient atteints de leur affection depuis sept et trente-deux ans; celui de M. Morestin depuis quinze ans. Dans la majorité des observations que nous avons eues sous les yeux, les malades faisaient remonter à une quinzaine d'années le début du néoplasme.

Cette lenteur dans la marche, et par conséquent dans la vitalité de la maladie qui nous occupe, est attestée par un fait remarquable et bien digne d'être noté, sur lequel d'ailleurs M. Blum a attiré l'attention : c'est la tendance à la cicatrisation d'une partie de l'ulcération épithéliomateuse. Ces points de cicatrisation apparaissent tantôt vers le centre (observation de M. Blum) et alors l'ulcération prend un vague aspect de plaque lupique, tantôt ils se montrent sur les bords (observation de M. Morestin).

Dans quelques cas, heureusement rares, l'épithélioma du dos de la main suit une marche rapide, évoluant en quelques années comme dans les cas cités par Bœckel et Velpeau.

Traitement. — Considéré comme une affection cutanée ressortissant du domaine de la dermatologie, l'épithélioma du dos de la main fut traité par des procédés médicaux, jusqu'à une époque relativement récente.

Nous ne parlons pas des traitements internes tels que la belladone, l'opium, les sels de fer et de cuivre, l'arsenic, l'acide lactique, le chlorate de potasse, à qui Vidal, en 1875, rapportait quelques guérisons. Ces médications qui ne sont que des pis-aller ont cédé le pas à un traitement plus énergique et plus efficace.

Tous les caustiques ont été successivement employés contre l'épithélioma du dos de la main : l'arsenic, la potasse, la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin, le chlorure de zinc, le nitrate acide de mercure.

Or, l'observation qu'avaient faite les auteurs anciens qu'il ne faut pas toucher à ces sortes de néoplasies, s'applique bien ici. Ces caustiques sont non seulement inutiles, mais dangereux. Loin d'arrêter la marche de l'épithélioma, ils la précipitent ; et cependant ce n'est qu'après avoir été cautérisés maintes fois que les malades se décident à voir le chirurgien.

L'observation d'un malade de M. Nélaton que nous empruntons à la thèse du Dr Labiche montre l'inanité de ces tentatives. Ce malade était porteur au dos de la main droite d'un petit épithélioma qui fut brûlé trois fois en trois mois au thermocautère sans résultat ; il

fut ensuite cautérisé au chlorure de zinc et à l'azote d'argent pendant très longtemps. Finalement le malade se confia au chirurgien qui fit l'abrasion de la tumeur.

L'ablation large, le raclage de la tumeur seront employés de préférence aux caustiques qui ne font qu'irriter la tumeur et favoriser son développement en surface et en profondeur (Demarquay).

L'étendue des lésions, leur envahissement, l'âge et la vigueur du sujet interviendront dans la décision du chirurgien. Si l'épithélioma a envahi les tendons et le squelette, que le malade soit âgé, c'est une opération rapide qui s'impose, et c'est l'amputation qui nous paraît indiquée. Si l'individu est vigoureux, malgré une lésion assez étendue, on peut tenter l'extirpation, sauf à remplacer les tendons extenseurs par des appareils mécaniques. Il est de toute nécessité de faire une exérèse large, car seule, elle peut donner le succès. Le bistouri doit porter en plein tissu sain et poursuivre dans ses profondeurs, les dernières ramifications de l'épithélioma.

Dans un cas de M. Tuffier, une récidive se produisit sur la paroi abdomino-thoracique, au point où était emprunté le lambeau de réparation, donnant la preuve que quelques cellules malades avaient échappé au bistouri.

Aussi ne pouvons-nous souscrire aux conclusions de Szokalski qui, dans une communication à l'Académie de Médecine à propos d'un épithélioma du dos de la main ayant envahi les tendons et le périoste, préconisait, à l'exclusion de tout autre, le traitement palliatif.

« à moins, disait-il, que l'on ne préfère, en détruisant les tendons extenseurs, rendre la main tout à fait inutile ou procéder à son amputation. »

C'est à cette dernière résolution qu'il faut s'arrêter ; l'utilité d'une main envahie à ce point est bien contestable, tandis qu'une amputation peut guérir peut-être le malade, et du moins lui permettre une survie notable.

L'épithélioma extirpé, comment va se faire la réparation ? Un fait important et heureux sur lequel notre maître M. Morestin a dernièrement appelé l'attention, c'est la rapidité de la cicatrisation de la plaie qui résulte de l'exérèse de la néoplasie.

Le Dr Labiche, dans sa thèse à propos de malades opérés par le Dr Blum est aussi frappé de la rapidité avec laquelle se fait la cicatrisation. « Les malades opérés par M. Blum, dit-il, étaient dans la possibilité de reprendre leurs travaux ordinaires au bout de quinze jours.

Si par suite d'une étendue trop considérable de la plaie ou d'un curage trop complet du dos de la main, la cicatrisation était impossible spontanément ou demandait trop de temps, la paroi abdominale offre une réserve de peau que les greffes par la méthode italienne (Tagliacozzi), permettent d'utiliser. M. Nélaton s'est servi de ce procédé pour une grande plaie résultant de l'exérèse d'un épithélioma étendu. Il recouvrit la main avec un lambeau cutané emprunté à la région épigastrique. Ces greffes réussissent en général bien, si on ne les a pas trop dégraissées et si le tissu cellulaire reste adhérent au derme. La difformité qui résulte de

leur application sur une région découverte comme le dos de la main, s'atténue bien vite sous l'influence des bandes élastiques. Le tissu cellulaire se résorbe peu à peu, et le dos de la main, quelque temps bombé et disgrâcieux, reprend une forme sensiblement normale. Quand la plaie résultant de l'exérèse a peu d'étendue, ou que, sous l'effet d'un pansement aseptique et légèrement compressif elle a subi un commencement de cicatrisation qui en a réduit les dimensions, il suffit, bien souvent, pour hâter une guérison trop lente à venir d'appliquer quelques greffes dermo-épidermiques de Thiersch empruntées à la cuisse du sujet.

Il reste bien entendu que les ganglions doivent être soigneusement enlevés pour peu qu'ils présentent quelques signes d'envahissement. Les ganglions axillaires et épitrochléens s'ils sont suspects par suite de la plus légère augmentation de volume seront recherchés car ils pourraient être le point de départ d'une répullulation de cellules épithéliales, d'une récidive à distance.

Un nouveau mode de traitement dont l'apparition a soulevé des enthousiasmes peut-être prématurés, a été essayé sur les épithéliomas cutanés ; nous voulons parler de la radiothérapie. Nous ne connaissons qu'un cas d'épithélioma de la main traité par les rayons Rœtgen. C'était une malade du service de M. Blum, qui fut envoyée à M. Béclère. Le résultat fut nul.

Nous ne pouvons juger d'après un seul cas ce que donnerait ce procédé ; il n'y a pas lieu de croire qu'il agira ici autrement que pour les épithéliomas cutanés des autres parties du corps.

Aussi nous jugeons utile de donner ici les conclusions de la thèse toute récente (1904) du Dr Hélie qui s'est occupé : « De l'influence des rayons X sur l'évolution des néoplasies cutanées. »

I. — Les épithéliomas superficiels, dit l'auteur, semblent presque tous être influencés favorablement par l'action des radiations Rœntgen. On obtient dans un grand nombre de cas des résultats satisfaisants et aussi une guérison qui, quoique n'étant pas à l'abri des récidives, donne sans douleurs de meilleurs résultats esthétiques que l'opération chirurgicale, et permet de ne pas faire d'exérèse des tissus sains.

II. — Les épithéliomas sous-cutanés ayant traversé l'épaisseur de la peau, profitent dans une certaine mesure de l'action des rayons X. Celle-ci n'est pas curatrice quand la lésion est située à plus de 3 centimètres sous le tégument cutané. On observe cependant dans beaucoup de cas un arrêt dans l'évolution et la récidive ne se produisant pas plus qu'après l'intervention chirurgicale, il nous semble qu'on a avantage à employer ce moyen d'action et au besoin à y recourir de nouveau s'il survient de nouvelles manifestations.

III. — Peut-être obtiendrait-on de meilleurs résultats en joignant les deux méthodes et en faisant aussitôt après l'intervention du bistouri des applications d'effluves pour éviter la récidive en agissant ainsi sur les plans profonds.

IV. — Il paraît probable que les cas anciens rencon-

trent moins le succès et qu'ils sont plus sujets à récidiver que les cas nouveaux.

Ces conclusions nous paraissent peu encourageantes ; s'il devient nécessaire de faire l'exérèse de la tumeur, comme le conseille l'auteur avant de faire intervenir les rayons Rœntgen, nous ne voyons guère l'utilité de ceux-ci car la récidive qu'il s'agit d'éviter n'est peut-être pas à la main aussi fréquente qu'ailleurs. Et puis l'action des rayons X, outre les dermites, de plus en plus rares il est vrai, devant les progrès techniques, qu'ils occasionnent, est parfois suivie, sans qu'on sache pourquoi, d'une pullulation intense de cellules épithéliales boutissant à une généralisation rapide, ces cas sont rares mais il suffit qu'il en existe ; aussi conclurons-nous que l'ablation étendue et complète nous semble le traitement le plus simple, le plus rapide avec le maximum de sécurité pour l'avenir.

OBSERVATIONS

Observation I

Tumeur ulcérée de l'index gauche datant de 14 mois. Ablation du doigt avec résection du métacarpien correspondant. Hypertrophie des glandes sudoripares et de l'épiderme ; récidive imminente. VERNEUIL, 1854.

In *Archives générales de médecine.*

Femme de 60 ans, couturière, ayant toujours joui d'une excellente santé ; est entrée dans le service de M. Lenoir, dans les premiers jours de juillet 1854 pour une tumeur ulcérée des doigts. Les cheveux sont châtains, la peau pâle est recouverte en certains points, et surtout sur les mains de tâches de rousseur. Elle raconte de la manière suivante l'origine et la marche de la maladie. Il y a 14 mois elle fut heurtée par sa fenêtre qui tomba sur la face dorsale de sa main. Il en résulta une contusion assez intense, mais dont les traces disparurent bientôt. Quelques jours après elle ressentit dans la partie moyenne de la face dorsale de l'index une douleur circonscrite et assez aiguë, ce qui lui fit supposer qu'un petit fragment de verre s'était introduit sous la peau et y était resté. Elle chercha avec la pointe d'une

épingle à retirer ce corps étranger dont rien à l'extérieur n'indiquait la présence : ses recherches furent vaines. La petite place faite par l'épingle devint le siège d'une légère inflammation. Il se forma une petite croûte, et en arrachant celle-ci la malade affirme que sous la peau existait déjà une masse blanche qu'elle compare aux racines d'une verrue ou poireau. Un médecin cautérisa le petit ulcère avec la pierre infernale à sept ou huit reprises différentes : loin d'amener la guérison, ce moyen causa une recrudescence dans les douleurs et activa le développement de la tumeur. On employa alors la couperose pendant une quinzaine de jours, ce qui causa une amélioration notable : des croûtes se formèrent et le mal parut s'arrêter. Quelques mois après, ses progrès continuèrent, le doigt se tuméfia et une élévation dure et résistante, envahit l'épaisseur de la peau et fit saillie au-dessus du niveau des parties voisines. Un nouveau caustique, le sulfate de cuivre fut mis en usage sans résultat.

Alors la malade ne fit plus rien. La production pathologique gagnant du terrain, les mouvements du doigt jusque-là conservés devinrent presque impossibles; des douleurs très vives, dépendant soit du caustique employé soit de la maladie elle-même, accompagnaient cette scène de tentatives infructueuses; elles étaient lancinantes, empêchaient parfois le sommeil et retentissaient dans tout le membre. Il faut noter que la tumeur était dure, saillante, rugueuse au toucher, d'un blanc-grisâtre, non vasculaire, non ulcérée. Un mois avant sont entrée à l'hôpital, la malade était allée consulter un charlatan qui lui avait appliqué sur le doigt un emplâtre, lequel agit avec énergie en déterminant de vives douleurs. Une ulcération profonde se produisit alors et la malade entra à l'hôpital où M. Lenoir pra-

tiqua le 19 juillet l'extirpation du doigt et la section de la moitié inférieure du métacarpien correspondant afin d'atteindre autant que possible les limites du mal. La méthode ovalaire modifiée suivant l'exigence du cas actuel, fut mise en usage : quelque temps après, (début d'août) la plaie était en voie de cicatrisation complète.

Il faut signaler deux faits intéressants :

D'abord sur le nez et sur la partie latérale du cou existent de petites croûtes épidermiques qui tombent et se renouvellent depuis fort longtemps, et au-dessous desquelles le derme est légèrement exulcéré, M. Lenoir a touché le point excorié du nez avec le nitrate d'argent. La malade ne se préoccupe nullement de ces légères lésions qu'on voit pourtant être le point de départ fréquent des cancroïdes épidermiques, et qui annoncent que chez elle le tégument a une tendance particulière à devenir malade. Le second point consiste dans l'absence de tout engorgement ganglionnaire au coude et dans l'aisselle malgré la durée déjà notable du mal et les irritations intempestives qui ont tant activé son développement.

Le doigt enlevé et la tumeur examinée on peut se rendre compte que la maladie consiste dans le dépôt d'un produit pathologique accumulé en tumeur saillante ou infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ce produit se compose de deux éléments inégalement répartis suivant les points : là il se compose de glandes hypertrophiées et ici d'une substance qui a le plus grand rapport avec l'épiderme accumulé. Plus on s'éloigne de l'ulcération, plus le premier tissu est simple et reconnaissable ; c'est le contraire dans la tumeur saillante et dans le fond de l'ulcère lui-même où l'on ne trouve plus qu'un magma sans forme distincte reconnaissable à l'œil nu.

Observation II

Cancroïde de la main droite. Développement d'une corne. (Communication de M. Houel au nom de M. Bergot de Château-la-Tallière).

In Société de chirurgie, 1855)

Il s'agissait d'une femme de 68 ans qui portait à la main droite une ulcération survenue à la suite d'un bouton écorché. La malade s'était d'abord adressée à un charlatan. Au bout de six semaines d'un traitement infructueux, elle vint trouver M. Burgot (juillet 1851). Elle portait à ce moment une ulcération sur le milieu de la face dorsale de la main droite, ayant la forme d'une étoile à trois rayons irréguliers, aux bords taillés à pic. Le fond est rouge brunâtre, uni, sans bourgeons ni au centre ni près des bords. Ceux ci étaient rose-pâle, durs, luisants, mamelonnés.

Des cautérisations au nitrate d'argent, puis au nitrate de mercure amènent en deux mois une cicatrisation qui, au bout d'un an, s'épaissit et fait saillie sous la peau. Il n'y a ni douleur ni démangeaison. Insensibilité absolue à la pression.

Dix-huit mois après la cicatrisation, on observait une saillie de 1 centimètre de hauteur.

En juillet 1854, la malade revint trouver M. Bergot. L'excroissance ressemblait admirablement à une corne de chèvre. Bientôt un travail de suppuration s'établit ; une ulcération apparut à la base et donna issue à un pus infect. L'ulcération s'agrandit ; la base dans ce travail d'élimination fut percée de part en part, et la solidité de l'excroissance fut menacée. Pendant ce temps, le malade déclinait de jour en jour depuis trois

mois surtout; ses forces s'altérèrent et elle s'éteignit le 8 octobre 1854.

Cette communication donna lieu à une discussion fort intéressante, au cours de laquelle le professeur Broca donna son avis : « M. Houel, dit-il, ne paraît pas éloigné de considérer les cornes comme une variété des cancroïdes. Ce sont cependant là des choses différentes. D'ailleurs ces cornes se présentent sous plusieurs aspects ; les unes situées au-dessous de la peau dans un follicule, les autres faisant saillie au dehors. Ces cornes sont constituées par une superposition d'écailles épidermiques. Cette lésion reste le plus souvent inoffensive. Mais si on irrite la base de ces cornes, on enflamme la peau et on l'ulcère. Il y a dès lors un cancroïde épidermique.

La communauté de structure entre les cornes et les cancroïdes, leurs récidives, l'ulcération cancroïdale qu'on observe à la base des cornes ont pu faire croire à M. Houel que les cancroïdes et les cornes étaient deux affections identiques. Il n'y a toutefois qu'analogie entre ces deux lésions. Je pense que s'il se développe un cancroïde sur une corne, c'est que celle-ci agit à la façon d'un corps étranger. »

Observation III

Observation de Spencer Watson (*Médical Times*, 1866) Traduit de l'anglais.

L'intérêt de ce cas réside surtout dans l'aspect particulier qu'offrait la tumeur quand la malade se présenta pour la première fois. Elle ressemblait à première vue à un kyste sébacé sur le point de suppurer. L'absence de toute ulcération de la surface

la faisait ressembler à la plupart des productions épithéliales.

Son grand volume pouvait, sans doute, la faire considérer comme un kyste sébacé, mais le résultat de l'incision démontra le contraire. Ce qui aurait pu faire croire encore à un kyste sébacé, c'était la position de la tumeur, et l'absence de toute histoire d'irritation en ce point.

Mrs B..., âgée d'environ 60 ans, entra au King's College Hospital le 17 septembre 1865 avec une tumeur du volume d'une féverole occupant la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce de la main gauche.

Bien que la femme ne présentât pas une cachexie marquée, elle avait néanmoins l'aspect fatigué et souffreteux. La tumeur est hémi-sphérique, rougeâtre à l'exception du sommet qui est de couleur plus pâle comme le reste de la peau environnante, sans présenter cependant un aspect d'ulcération.

Au toucher, cette tumeur est dure et grenue, adhérente aux tissus sous-cutanés. Elle est toutefois circonscrite et n'a pas de connexions avec les tissus profonds.

Sur le côté externe du coude il y a deux petites glandes lymphatiques engorgées qui sont quelque peu douloureuses quand on les touche.

M. Watson pensant qu'il était possible d'énucléer la masse fit une incision, et, avec une curette, enleva une partie du contenu qui vint très facilement. Mais la partie périphérique de la tumeur était trop adhérente à la peau et aux tissus sous-cutanés pour se prêter facilement à l'énucléation. La partie enlevée fut soumise à l'examen microscopique par Watson et par le Dr John Harley. Tous deux arrivèrent à la même conclusion : que la néoplasie était un épithélioma.

Les aréoles du tissu cellulaire furent trouvées pleines d'amas

de cellules épithéliales qui étaient tout à fait caractéristiques de la maladie.

24 *septembre*. — Il y a maintenant un ulcère à la place du tubercule. La patiente elle-même s'enlève une partie du continu de la tumeur.

26 *septembre*. — M. Watson ayant pris la résolution d'enlever le reste de l'épithélioma fit des incisions circulaires pour séparer la tumeur du reste des tissns. Après cette exécrèse on fit un nouvel examen microscopique qui donna les mêmes résultats que la première fois.

4 *octobre*. — La plaie commence à suppurer.

20 *octobre*. — La plaie est en voie de cicatrisation.

23 *octobre*. — Le lieu de l'excision est complètement couvert par un tissu de cicatrisation plein de vitalité.

7 *novembre*. — La ligne de cicatrice continue d'avoir bon aspect. Les mains enflent fréquemment, et la malade éprouve souvent une grande douleur dans le bras. Les ganglions engorgés du coude sont maintenant beaucoup plus petits. La santé est très variable et est très éprouvée par les froids de l'hiver.

Observation IV

Epithélioma infiltré du dos de la main. Foyers à distance dans la gaîne du nerf médian.

In Bulletin de la Société anatomique (Doyen, 1882).

Le nommé L... Jean, jardinier, 66 ans, entre en novembre 1881 dans le service du Dr Kirmisson, suppléant de B. Anger, à Saint-Antoine.

A la suite d'une piqûre du dos de la main il y a quatre ans, cet homme a vu se développer lentement un gonflement diffus

sous-cutané. Le dos du pouce, de l'index, du médian, la partie inférieure de la paume de la main, furent envahis peu à peu. Les téguments de la région externe du dos de la main, de la face dorsale du pouce, de l'index et du médius présentaient un aspect luisant, une teinte rosée. Çà et là, de petits pertuis donnaient issue à quelques petits grumeaux caséeux. M. Kirmisson s'arrête à l'idée d'une inflammation chronique et n'ayant obtenu aucune amélioration à la suite de l'ignipuncture des points indurés, il se décida à désarticuler l'index.

Au cours de l'opération, l'état friable du métacarpien nécessita son amputation tout près de son extrémité supérieure.

La plaie se réunit, mais il persista quelques orifices fistuleux.

Le 6 février, à la sortie de l'hôpital, le malade fut revu par le Dr Kirmisson qui l'envoya à l'hôpital Tenon, service de M. Schwartz.

Le stylet n'atteignait aucune portion osseuse. Sur la demande du malade l'amputation de l'avant-bras fut pratiquée le 14 février.

Examen. — L'examen de la pièce montre sur tous les points indurés une couche lardacée, semée de nodules blanchâtres. L'étude microscopique nous a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma infiltré du tissu cellulaire sous-cutané. Chaque lobule épidermique composé à la périphérie de cellules crénelées présente au centre un lobule orné de couches concentriques. Le nerf médian attira notre attention. A une distance de 4 à 6 centimètres au moins des parties malades, dans le canal médio-carpien qui était tuméfié, piqueté de points rouges, les coupes nous montrèrent une série de filets épithéliomateux, siégeant dans la gaîne conjonctive de chaque faisceau nerveux, presque au contact des tubes. Chacun de ces épithéliomas microscopiques, visibles à l'œil nu sur les préparations, sous l'appa-

rence de petits points d'un rouge vif, reproduit la structure des lobules épidermiques de la peau de la main. Le tissu conjonctif interfasciculaire est infecté, infiltré de cellules rondes.

Observation V

Épithélioma du dos de la main droite.
Archives générales de médecine, Dr Blum, 1883.

J..., âgé de 51 ans, comptable, vient nous consulter en septembre 1882 pour un ulcère de la main droite. Pas d'antécédents héréditaires. Le malade est de constitution robuste. Six mois auparavant, il vit apparaître sur le dos de la main une verrue de la grosseur d'une lentille, siégeant sur le deuxième métacarpien vers son extrémité carpienne. La tumeur était indolente et de même couleur que le reste de la peau.

Ennuyé de cette production, le malade l'arracha sans qu'il se produisît aucun écoulement sanguin, et il se crut guéri pendant une huitaine de jours. Mais au bout de ce temps, survinrent des picotements et la tumeur reparut avec une coloration noirâtre ; à partir de ce moment, elle devint le siège de douleurs passagères.

Dans l'espace d'un mois, la tumeur fut cautérisée quatre ou cinq fois au moyen d'un acide, mais elle reparaissait toujours sous la couche noirâtre déterminée par le caustique.

Successivement, et en vain, on emploie diverses pommades et un emplâtre de Vigo.

Au mois de mai, la grosseur présentait environ un centimètre de diamètre et formait une légère saillie au-dessus des parties voisines. Un mois après, à la suite de cautérisations au nitrate

acide de mercure, la tumeur s'ulcère, augmente encore en surface et le malade vient à Paris.

État actuel. — Sur le bord de la main se trouve une ulcération ayant son centre au niveau du corps du premier métacarpien.

Cette ulcération a la forme d'un anneau de 3 centimètres de diamètre environ. Elle est circonscrite partout, par un rebord d'un centimètre environ d'épaisseur, taillé à pic du côté du centre, et allant en s'amincissant vers la périphérie. Ce rebord est dur, épais, mamelonné, rouge, et présente, dans son épaisseur, des points blanchâtres qui semblent constitués par de petites collections de pus. La partie intérieure de ce rebord, celle qui est taillée à pic, sécrète une sanie rougeâtre, sanguinolente, qui décolle peu à peu les tissus.

La partie centrale, en forme d'excavation est rosée et semble recouverte par une couche d'épiderme mince et lisse sauf en un point où on trouve une petite croûte qui saigne au moindre contact.

La tumeur entière se détache nettement des tissus voisins ; elle est mobile sur les parties profondes et semble comprendre toute l'épaisseur de la peau. Les mouvements des doigts sont libres ; il n'y a pas de ganglions engorgés et le malade n'éprouve que peu de douleur.

La tumeur est enlevée largement au bistouri. La sensibilité des doigts ne se trouve en rien altérée.

La guérison survient par l'intermédiaire de bourgeons charnus qui recouvrent rapidement toute la plaie.

Observation VI

Epithélioma de la région dorsale de la main gauche.
Dr Blum, 1883.
In *Archives Générales de Médecine.*

H..., cocher, 80 ans, a toujours joui d'une excellente santé et n'est sous le coup d'aucune diathèse.

Il y a environ deux ans (1881) il s'accrocha légèrement la face dorsale des deux mains en tirant un sac d'avoine du coffre de sa voiture. Les plaies ne tardèrent pas à se couvrir de croûtes comme si elles voulaient se cicatriser. Mais les croûtes tombèrent en laisant à nu une ulcération à fond rouge vineux sécrétant une sérosité jaunâtre. Tandis qu'à la main droite l'ulcération restait au niveau de la peau, celle de la main gauche se mit à bourgeonner, et au bout d'un an le malade entra à l'hôpital Beaujeon, dans le service de M. Le Fort. La tumeur qui avait alors le volume d'un œuf de poule fut enlevée par la ligature élastique : c'était un épithélioma pavimenteux.

Au bout de quinze jours le malade quitta l'hôpital avec une plaie en voie de cicatrisation.

La cicatrice ne se ferma pas complètement, devint le siège d'une récidive, et au bout d'un an, la tumeur formait un champignon épithélial ayant le volume de la moitié d'une grosse mandarine. Cette tumeur s'implante par une large base sur la face dorsale de la main gauche et a l'aspect d'un énorme bourgeon charnu tacheté de nombreux points jaunâtres ; à sa surface on remarque des dépressions peu profondes qui lui donnent un aspect lobulé.

La tumeur est de consistance ferme, élastique et laisse sour-

dre à la pression une multitude de filaments blanchâtres formés de substance caséeuse s'écrasant facilement entre les doigts. Elle n'est nullement douloureuse et il n'existe aucun engorgement ganglionnaire.

Sur la main gauche on trouve une ulcération superficielle recouverte de croûtes noirâtres desséchées et présentant la plus grande analogie avec ce qu'on a décrit à la face de certains vieillards sous le nom de *noli me tangere*.

Le 20 novembre on enlève à nouveau la tumeur au moyen de la ligature, on cautérise avec le fer rouge, mais le bourgeonnement reprend avec une nouvelle vigueur au bout de quelques jours. Le malade refuse une cautérisation à la pâte de Canquoin et quitte l'hôpital avec une affection en voie de récidive.

Observation VII

Épithélioma pavimenteux lobulé du dos de la main. Propagation par le nerf cubital.

In thèse Oiry. Paris, 1890.

Auguste A.., 65 ans, vigneron, employé à l'Hôtel-Dieu de Nantes, n'a jamais été malade sauf quelques douleurs rhumatismales.

A l'âge de 8 ans il se luxa le coude droit ; la luxation mal remise a persisté.

A 18 ans il tombe de cheval et se fracture le poignet du même côté. Trois mois après il entrait à l'Hôtel-Dieu de Nantes, portant sur le dos de la main droite une petite tumeur d'aspect noirâtre. Une pommade caustique appliquée par un guérisseur produisit une large plaie qui se cicatrisa.

Il y a huit ans, A.., s'aperçut qu'il se développait sur sa cicatrisation au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt une nodosité non douloureuse de la grosseur d'une

verrue. Trois cautérisations au fer rouge par le Dr Chenaut (de Nantes) furent faites à plusieurs années d'intervalle sans résultat. En 1885 le Dr Malherbe consulté, porte le diagnostic d'épithélioma et enlève au bistouri les parties malades, désarticulant le petit doigt et son métacarpien.

La cicatrisation eut lieu en trois semaines. Quelques mois après on percevait un empâtement douloureux à la pression et une légère rougeur au niveau de la plaie. Ces souffrances gagnèrent progressivement le poignet et l'avant-bras, puis le coude.

Les ganglions auxillaires étaient sains, mais vu les douleurs atroces le bras fut amputé en 1888. Le malade guérit. Aujourd'hui la cicatrice n'offre aucune trace de récidive.

Examen de la pièce. — On tombe en incisant sur des masses granuleuses blanchâtres, ayant un éclat nacré, au milieu desquelles on est tout surpris de trouver le nerf cubital qui atteint à peu près la grosseur du petit doigt.

La tumeur enlevée par M. A. Malherbe comprenait les parois de la plaie et une certaine épaisseur de tissu du dos de la main. En faisant des coupes, on constate l'existence au milieu d'un tissu fibreux très dense des masses épithéliales à cellules fortement dentelées et ressemblant aux cellules des corps muqueux de Malpighi.

Observation VIII

Épithélioma du dos de la main.

H. Morestin, mai 1899.

In *Bulletin de la Société anatomique.*

X... agé de 78 ans, cultivateur à Montreuil-sous-Bois, originaire de l'Alsace, est entré le 12 mai à l'hôpital Saint-Louis. Isolement, no 19.

Il présente à la face dorsale de la main droite un large ulcère, sanieux, très fétide et fort ancien déjà. Le début de cette affection, la seule dont il ait jamais été atteint, remonte en effet à près de quinze ans. Son incurie est grande. Il a vécu avec son mal, le voyant sans dégoût s'étendre graduellement et gagner peu à peu tout le dos de la main.

Il est vrai qu'il ne souffrait point, et qu'il a pu travailler jusqu'à ces derniers jours sans avoir subi d'autre traitement que quelques applications de pommades prescrites par un antique confrère, militaire retraité, charitable, qui donnait par-ci par-là ses conseils aux pauvres gens.

Actuellement l'ulcération s'étend depuis la racine des doigts jusqu'à une faible distance du poignet ; d'autre part, depuis le deuxième métacarpien jusqu'au bord cubital de la main. Ce bord est envahi dans toute sa largeur jusqu'aux limites de la face palmaire. C'est en ce point que la perte de substance atteint ses plus grandes dimensions verticales, allant de la tête du cubitus à la base du petit doigt.

Elle dépasse en bas les articulations métacarpo-phalangiennes des trois derniers doigts, et s'étend dans les espaces qui les séparent sur les commissures interdigitales. L'ulcère est creux ; son fond irrégulier, sanieux, infect, est couvert de détritus grisâtres, humides et de mauvais aspect.

Le bord légèrement surélevé est taillé assez brusquement, non décollé, entouré d'un petit liseré violacé. Les mouvements des extenseurs sont entravés et limités, mais non abolis. Il n'y a pas d'adhérences au squelette. Les quatre derniers doigts sont tuméfiés, enraidis, œdémateux. La circulation s'y fait mal et les mouvements s'exécutent avec peine, mais ce sont là des phénomènes survenus récemment. Il y a six mois à peu près

que la marche de la maladie est devenue beaucoup plus rapide, et elle a, dans ce laps de temps, doublé l'étendue qu'elle avait mis près de quinze ans à occuper.

Si l'on examine le pourtour de cette ulcération, on est frappé de la différence des tissus aux environs de l'ulcère. Tandis qu'en dedans cet ulcère paraît en voie d'accroissement assez rapide, en dehors du côté du pouce, on trouve des téguments d'apparence cicatricielle. Bien plus, le bord à niveau est mince, l'ulcération est sèche, moins bourgeonnante, et l'on aperçoit même à peu de distance du bord plusieurs petits îlots épidermiques.

Il y a donc processus de réparation et de cicatrisation. Il en faut conclure que l'accroissement ne se fait pas régulièrement dans tous les sens et que l'ulcération est susceptible de régression partielle.

La présence de ce tissu de cicatrice devait faire soulever une question étiologique importante. L'ulcération ne s'était-elle pas développée sur une ancienne cicatrice? Or le malade n'a jamais eu de plaie, de brûlure, ni quoi que ce soit, avant sa maladie actuelle dont le début a été spontané! Cette ulcération nous parut être un épithélioma d'origine cutanée à marche lente. On sait que ces épithélioma sont parfois susceptibles d'une cicatrisation partielle.

Ceci n'était donc pas en contradiction avec le diagnostic, mais indiquait simplement une variété spéciale de l'affection. Il n'y avait pas de ganglions axillaires, ni épitrochléens, et l'on pouvait admettre que le mal était encore localisé.

Comme il n'y avait pas d'adhérence au squelette, que l'épithélioma était encore relativement superficiel, et que sa marche lente indiquait une malignité restreinte, on pouvait songer à

faire de la chirurgie conservatrice, enlever tous les tissus malades et combler ensuite la perte de substance par des lambeaux ou des greffes. On aurait été conduit à supprimer dans une certaine étendue les tendons extenseurs. Mais on peut y remédier à l'aide d'un appareil, fort simple relevant les doigts mécaniquement à l'aide de rubans élastiques, si bien que l'usage de la main peut être conservé dans une mesure très suffisante.

Nul doute que je n'eusse pas pris ce parti chez un homme vigoureux et plus jeune. Chez ce vieillard affaibli, presque octogénaire, et dont l'état confine à la cachexie, il ne fallait pas d'intervention longue ou compliquée, ni surtout d'opération répétée nécessitant un long séjour au lit ou dans les salles. J'ai pensé que le mieux était de la débarrasser vite et pour n'y plus revenir.

Je lui ai fait l'amputation au tiers inférieur de l'avant-bras par la méthode circulaire. La peau incisée circulairement, la radiale et la cubitale ont été mises à nu, pincées et coupées, puis l'opération terminée à la manière habituelle.

Grâce à cette hémostase préventive, l'opéré n'a perdu rigoureusement parlant que quelques gouttes de sang. L'opération a été pratiquée le 15 mai. Deux jours après son amputation il se levait ; le 22 les fils ont été coupés ; la réunion était parfaite et on peut le considérer aujourd'hui comme tout à fait guéri.

Des fragments prélevés sur le pourtour de l'ulcère ont été confiés à M. Milian qui a bien voulu en faire l'examen. Sur ses préparations on constate avec une grande netteté qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux d'origine malpighienne. En certains points on voit des globes épidermiques, en d'autres de longs boyaux épithéliaux.

Observation IX

Épithélioma de la main gauche. Traitement arsenical et radiographique. Service de M. le Dr Blum. In thèse du Dr Le Coudic, 1902.

G... Louis, âgé de 76 ans, charpentier en bateaux. Entre le 19 avril 1902, salle Dupuytren, n° 17.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 88 ans, mère à 95 ans.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Pas de syphilis. Quelques bronchites seulement sans aucune gravité.

Début. — Il y a environ un an, début par une petite verrue comme la pointe d'une épingle. Le malade la compare tout à fait à une verrue banale, « poireau ». Cette minuscule tumeur siégeait assez exactement sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. Elle était le siège de démangeaisons assez vives quelquefois. Elle grossit peu à peu. Le malade n'y faisait du reste aucune attention. Vers le 11 novembre 1901, c'est-à-dire sept mois environ après le début, la tumeur était grosse comme une pièce de 1 franc. Elle s'accroissait surtout vers la face dorsale de la première phalange du pouce en contournant en même temps le côté externe de l'articulation pour gagner la face palmaire. Elle était irrégulière, bosselée et de consistance très dure.

Ce fut alors qu'elle s'ulcéra. Cette ulcération, tout à fait minuscule au début, parut se faire spontanément.

Un médecin lui prescrivit un emplâtre noir probablement de Vigo (le malade fit cette application une cinquantaine de fois environ). Il prit aussi des bains locaux répétés d'eau phéniquée.

Enfin on lui prescrivit une liqueur caustique pour badigeonner une fois par jour le néoplasme. La plaie s'agrandissait cependant, saignait facilement, surtout quand le malade s'accrochait le pouce en travaillant. Une fois même il tomba dans le fonds d'un bateau et s'abîma encore la région malade. Le malade travaillait néanmoins comme autrefois. Les mouvements du pouce et particulièrement de la première phalange sur le métacarpien étaient possibles, quoique diminués. Il n'a pas arrêté le travail jusqu'à son entrée à l'hôpital (un an après le début).

Actuellement le malade présente, sur la face dorsale et externe des portions contiguës de métacarpien et de la première phalange du pouce, une vaste ulcération proliférante de la dimension d'une pièce de 5 francs environ.

Les bords sont irréguliers, surélevés par rapport aux portions de l'ulcération immédiatement voisine. Ils sont encore durs, mal délimités par rapport aux portions circonvoisines de tissu sain et présentent une coloration rose-pâle sssez particulière, et rappelant la couleur pelure d'oignon.

La surface de l'ulcération est irrégulière végétante, surtout en son milieu, finement grenue. Elle laisse suinter en assez grande quantité un ichor fétide qui se concrète çà et là en croutelles noirâtres. Sa couleur est rose-blafard. Des taches noirâtres assez petites témoignent aussi de la présence d'eschare superficielle. On note au centre également des îlots blanchâtres de tissu cicatriciel sous forme de minces pellicules.

Elle saigne, de plus, très facilement.

L'ensemble de la tumeur semble profondément adhérent à l'os sous-jacent et est absolument immobile sur lui.

A la palpation comparativement avec le côté sain, la pre-

mière phalange du pouce semble légèrement augmentée de volume. Dans son ensemble, le pouce est volumineux, œdématié relativement à celui du côté opposé.

Les mouvements de flexion sont à peine marqués. Les mouvements d'extension sont incomplets. Cette gêne est purement mécanique et la douleur n'entre pas en ligne de compte.

Le pouce se tient au repos dans une demi-flexion et une demi-pronation.

L'éminence thénar correspondante n'a rien de particulier.

Pas de ganglion épitrochléen.

Pas de ganglion axillaire.

Le malade n'a pas maigri. Son appétit est bien conservé. A part cette plaie, il semble au malade qu'il se porte tout aussi bien.

Il est à remarquer que le lieu d'apparition du néoplasme n'était pas plus qu'un autre soumis à des frottements, du fait des occupations du malade. Dès son entrée à l'hôpital la plaie fut soumise à des pulvérisations journalières, dans l'intervalle desquelles on applique un pansement sec.

La plaie se détergea rapidement sous l'influence de ce traitement.

Il fut photographié.

Ce malade fut soumis durant quinze jours au traitement radiographique dans le servioe de M. le Dr Béclère et sans bénéfice appréciable.

C'est alors que M. Blum résolut de tenter les badigeonnages à l'acide arsénieux. Le malade quitta l'hôpital et vint tous les jours se soumettre à ce traitement dans le service. Aucun résultat ne fut obtenu pendant la première quinzaine, la solution employée ayant été, par erreur, filtrée.

Actuellement il ne semble pas que ce traitement doive amener la guérison.

Depuis trois mois le néoplasme a augmenté légèrement d'étendue.

Observation X

Epithélioma du dos de la main par M. H. Morestin
Bulletin société anatomique, novembre 1905.

Le malade est un vieux menuisier de 71 ans, Louis-Aug., Il m'a été adressé le 8 septembre 1905 à l'hôpital Saint-Louis par mon ami M. Milian. Il présente sur la face dorsale de la main droite un large ulcère entouré d'un bourrelet épais et saillant. La lésion évolue depuis plus d'une année. Le sujet, un peu fatigué cérébralement ne nous donne aucun détail utile sur la manière dont elle s'est installée révélée et étendue ; cependant il paraît certain qu'il n'y a eu antérieurement au siège actuellement occupé par l'ulcére ni cicatrice, ni brûlure, ni traumatisme déterminé d'aucune sorte. En revanche, nous pouvons admettre que son état de menuisier a, pendant fort longtemps, exposé la main à l'action de la sciure de bois, des poussières des vieux meubles et d'une foule de chocs quotidiens.

La lésion répond à la moitié supérieure des métacarpiens. Elle offre une configuration ovalaire, à grande axe transversal La limite en haut est assez exactement l'interligne carpo-métocarpien. Elle descend en bas jusqu'à deux travers de doigt de l'extrémité phalangienne des métacarpiens, elle s'arrête en dehors à untravers de doigt de la base du premier métacarpien : en dedans la même distance la sépare du bord cubital.

Ses dimensions peuvent être évaluées à trois travers de doigt dans le sens transversal et deux dans le sens vertical. L'ulcère est circonscrit par un bourrelet fort accusé et dur dont le versant extérieur présente une coloration d'un rouge-violacé. Du côte de la perte de substance, il se termine par un bord irrégulièrement découpé ; en divers points, il est entaillé profondément ; ailleurs, il est creusé et surplombé. Le fond est tout hérissé de saillies inégales, mamelonnées, hémisphériques, ou en forme de massues ; ces végétations petites et serrées au centre de l'ulcère sont surtout développées à la périphérie ; elles couvrent aussi les parois du cratère jusqu'au bord libre. Elles sont roses, rose-vif, rouges ou grisâtres, ou gris-verdâtre, saignent avec une grande facilité et baignent dans un ichor fétide.

La plaque ulcérée est mobile sur les parties sous-jacentes ; les mouvements des doigts sont parfaitement conservés ; il est donc certain que les tendons ne sont pas envahis, que la lésion est superficielle. Circonstance également favorable, il n'y a engorgement ni des ganglions épitrochléens, ni des ganglions axillaires. Le malade ne souffre d'ailleurs en aucune façon. Le sujet a dû être robuste, mais, actuellement, il est dans un état de sénilité assez accentué.

Le diagnostic d'épithélioma était déjà très évident. Néanmoins, M. Milian pratiqua une biopsie et put s'assurer, par le prélèvement d'un petit fragment, qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Le 11 septembre j'intervins à mon tour pour extirper la plaque ulcérée, ce que je fis en traçant autour d'elle une incision circulaire passant à 1 cm. 1/2 du bourrelet qui en formait la limite, et en disséquant rapidement sa face profonde. Cette séparation s'effectua aisément mais non sans entraîner la

section de la plupart des veines superficielles du dos de la main La plaque enlevée, les tendons extenseurs étaient visibles dans la plaie, visibles mais non dénudés, toutefois, car ils restaient voilés par une toile cellulo-aponévrotique.

Je ne tentai aucune réparation immédiate, et la plaie fut abandonnée à elle-même sous un pansement antiseptique et compressif. L'opération avait duré trois minutes et le vieillard avait absorbé seulement quelques bouffées de chloroforme, si bien qu'il put se lever presque aussitôt et même rentrer chez lui dans la journée.

La perte de substance laissée par l'opération présentait quatre travers de doigt en largeur, plus de trois en hauteur. Une plaie aussi étendue méritait à coup sûr une surveillance très attentive. Je pris le parti de la laisser bourgeonner et se retrécir, et d'intervenir à nouveau pour appliquer des greffes, un peu plus tard, si l'opportunité ou plutôt la nécessité s'en faisait sentir. Je n'en eu pas besoin, car les choses marchèrent à souhait ; la plaie se couvrit promptement de bourgeons charnus de belle apparence ; une photographie prise le 18 septembre, sept jours pas conséquent après l'opération, montre ce fond bien uni, ne laissant déjà plus deviner les tendons dissimulés sous les bourgeons charnus.

Toutefois tandis que s'effectuait d'une manière très heureuse la cicatrisation de la plaie opératoire, survenait par une désagréable coïncidence un hygroma suppuré du coude gauche. L'inflammation diffusant au delà de la bourse séreuse envahit le tissu cellulaire de l'avant-bras et du bras.

Le 26 septembre. — Il fallut traiter ce phlegmon par diffusion, par de longues incisions sur le coude, le bras et l'avant-bras, par des bains oxygénés et un enveloppement antiseptique.

Les phénomènes inflammatoires furent ainsi jugulés et la guérison survint sans nouvel ennui mais lentement.

La cicatrisation de la plaie de la main droite s'est faite elle-même avec lenteur. Elle est à peine complète aujourd'hui. Il a fallu ainsi plus de deux mois pour qu'elle fût terminée. Sans aucun doute, l'application de greffes de Thiersch eût abrégé ce terme. Mais la complication survenue en côté du coude gauche constituait une circonstance favorable. Le pauvre vieux avait déjà un bandage autour de la main droite, un autre enveloppait le membre supérieur ; il aurait fallu lui en appliquer un autre sur la région des greffes, lui infliger encore une nouvelle intervention, lui imposer des pansements supplémentaires.

L'emploi des greffes n'était, d'ailleurs, pas indispensable ; la réparation s'effectuait graduellement, régulièrement et dans des conditions pleinement satisfaisantes. En effet la cicatrice était suffisamment épaisse, résistante, uniforme, de bonne qualité, et ne contrariait en rien les mouvements des doigts, qui n'ont jamais subi la moindre atteinte et s'exécutent aujourd'hui d'une manière absolument correcte, normale. Actuellement, la face dorsale de la main présente à l'endroit où siégeait autrefois l'ulcère une surface grisâtre et lisse, non tendue, qui se confond graduellement avec les téguments voisins.

L'aspect de la région n'est nullement choquant ; au total, le résultat morphologique est très acceptable et le résultat fonctionnel parfait. En ce qui concerne les suites tardives il n'est pas chimérique de garder bon espoir. Ces épithéliomas superficiels sont, en effet, d'une bénignité relative, et peuvent rester guéris quand l'exérèse a été assez large.

Et M. Morestin fait suivre son observation des considérations suivantes :

La cicatrisation spontanée d'une telle plaie s'effectuant dans d'aussi heureuses conditions est un fait intéressant et sur lequel il convient d'autant plus d'insister que la réparation des pertes de substance tégumentaires du dos de la main est un cas assez fréquent de chirurgie réparatrice, qu'il s'agisse de traumatisme de brûlures, de tuberculose, de lupus ou d'épithélioma comme dans la présente observation. Évidemment une conduite uniforme ne doit pas être adoptée dans toutes les circonstances, et la détermination à prendre varie avec l'étendue de la perte de substance et son siège avec l'âge du sujet, la qualité de ses tissus.

D'une façon générale la greffe italienne convient aux grandes pertes de substance et, seule, peut fournir alors de splendides restaurations. Son emploi est pénible chez les vieillards et il convient d'y apporter de la prudence, l'opération était plus sérieuse et condamnait le sujet à une immobilité que les vieillards supportent mal, et qui peut être chez eux très dangereuse. Il est bon de ne pas oublier en pareil cas les ressources de la réparation secondaire, favorisée au besoin par l'application tardive de greffes de Thiersch chez un vieillard à peau flasque, chez un sujet dont le tissu cellulaire est devenue très lâche par disparition de la graisse sous-cutanée ; la locomotion spontanée des téguments peut se faire dans une notable étendue. C'est un détail important dont il y a lieu de tenir compte.

D'autre part, la cicatrice résultant de la réunion se-

condaire qui serait choquante chez un individu jeune et surtout chez une femme, ne l'est point quand elle est entourée d'une peau flétrie et fixée.

Donc, et notre opéré en est la preuve, chez un homme âgé et, en général, chez tous ceux qu'il convient de ménager, il faut souvent s'en remettre au travail des tissus, aider et diriger ce travail le corriger et le compléter par d'insignifiantes interventions, que d'entreprendre d'emblée d'importantes opérations plastiques.

En même temps on peut aller plus loin : sans qu'il y ait contre-indication tirée de l'âge ou de l'état général, il arrive très fréquemment que l'on ait bénéfice à attendre, à ne pas tenter une réparation immédiate à pratiquer une autoplastie secondaire. L'autoplastie retardée est d'autant plus défendable que l'évolution des plaies se fait plus régulièrement et plus aseptiquement. Autrefois, ces plaies exposées, immédiatement infectées, gravement infectées, suppuraient abondamment, les tissus environnants étaient phlogosés, épaissis et la plaie en diminuant s'entourait de masses cicatricielles épaisses. Mais aujourd'hui une plaie franche, chirurgicale, couverte d'un pansement aseptique et surveillée attentivement, se comporte d'une manière bien différente. Les tissus restent souples dans son voisinage, le fond s'indure à peine et les cicatrices ainsi obtenues sont infiniment meilleures plus souples, moins rétractiles et mieux organisées. Ainsi s'évanouissent les reproches autrefois mérités par la réparatirn secondaire.

Le malade qui fait l'objet de cette observation a été

présenté au mois de mai dernier à la Société de dermatologie et trouvé exempt de toute trace de récidive.

Observation XI

Épithélioma du dos de la main par H. Morestin, 1906.

Observation inédite due à l'obligeance de M. Morestin.

Un homme de 50 ans, charretier m'est adressé le 20 avril 1906 par M. Milian, pour une ulcération occupant la face dorsale de la main gauche. Cette lésion évolue depuis quinze mois environ, le malade n'a jamais subi aucun traitement, il n'éprouve et n'a jamais éprouvé aucune souffrance.

La surface ulcérée irrégulièrement ovalaire présente 1 centimètre dans le sens vertical, 7 à 8 millimètres dans le sens transversal. Elle est très légèrement creusée et son fond est couvert de végétations grenues et pressées.

Ce fond est sec, il s'y fait à peine un léger suintement. Autour de l'ulcération on note un bourrelet mince, gris-rosé, peu accusé, puis une auréole d'un rose-rougeâtre relativement étendue.

En effet les dimensions de ce disque rougeâtre dépassent celle d'une pièce de 1 franc. La lésion est superficielle. Elle forme une plaque, purement tégumentaire mobile sur les parties sous-jacentes, n'ayant en paticulier aucune adhérence avec les tendons.

Sa partie centrale répondant à l'ulcération et à son mince bourrelet donne la sensation d'un morceau de carton. Le contour de la zone rougeâtre est distant d'un travers de doigt de l'interligne métacarpo-phalangien de l'annulaire, d'un large tra-

vers de doigt du bord interne et aussi de l'interligne radio-carpien, de 2 centimètres 1/2 du fond du premier espace intérosseux.

Il n'y a pas d'adénopathie sus-épitrochléenne, ni axillaire.

L'état général est excellent, le sujet très robuste. Localement aucune circonstance n'a été relevée dans les antécédents que l'on puisse incriminer comme cause déterminante, en dehors de la profession du sujet qui l'expose à avoir les mains constamment souillées de terre et de poussière et à manier de lourds fardeaux.

Le diagnostic était assez délicat, en raison des caractères peu accusés de la maladie. Cependant on ne pouvait s'empêcher de penser à cause du bourrelet et de l'aspect du fond, qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Pour en être absolument sûr mon ami M. Milian avait fait une biopsie et put constater, sans peine sur les coupes histologiques, qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

Je procédai le 20 avril à l'intervention qu'imposait ce diagnostic. La plaque fut cernée, notablement, en dehors de la zone rouge, par une incision circulaire, puis disséquée et extirpée. Le fragment de peau sacrifié était plus grand qu'une pièce de 5 francs et la plaie laissée par cette exérèse présentait 6 centimètres dans le sens transversal, 5 verticalement. Aucune réparation ne fut tentée.

Dans le cas particulier, je n'aurais eu pour combler immédiatement la plaie d'autre ressource que la greffe italienne.

Mais elle était ici d'application malcommode, le sujet ne voulant pas séjourner à l'hôpital. Je me décidai donc à abandonner la plaie à la réparation spontanée, quitte à appliquer secondairement des greffes de Thiersch pour hâter l'épidermi-

sation. Quatre ligatures sur des veines blessées au cours de la dissection. Pansement légèrement compressif.

L'anesthésie locale avait été obtenue par des injections de cocaïne.

Une heure après l'intervention le malade quitte l'hôpital. Les suites sont très simples. Deux fois par semaine le malade vient se faire panser. La plaie bourgeonne, se nivelle, se rétrécit graduellement. Assistant aux progrès rapides de la cicatrisation le malade ne paraît pas disposé à subir une application de greffes, ou plutôt le prélèvement desdites greffes. Au reste il n'y a pas lieu de le presser ; la plaie se réduit spontanément dans des conditions très satisfaisantes. Elle est rose, tout à fait superficielle, au-dessous d'elle les tendons exécutent à merveille tous leurs mouvements. Le 8 juin, la surface non épidermisée est grande comme une pièce de 50 centimes, et la guérison paraît extrêmement prochaine sans qu'il soit nécessaire de faire aucune greffe.

CONCLUSIONS

1° L'épithélioma du dos de la main, sans être fréquent, n'est pas exceptionnel, on ne le rencontre guère que chez les gens âgés.

2° C'est une néoplasie à marche lente n'occasionnant de troubles fonctionnels que très tard et ne provoquant presque jamais des phénomènes généraux de cachexie.

3° L'étiologie en est obscure, on sait seulement qu'il naît fréquemment sur des cicatrices ou des verrues.

4° Il a peu de tendance à infecter les ganglions malgré sa marche progressive ; la récidive n'est pas exceptionnelle.

5° La néoplasie prend naissance aux dépens des assises profondes du corps de Malpighi.

6° Sa marche lente et son peu de vitalité permettent une action chirurgicale efficace, l'exérèse étendue paraît jusqu'à présent le seul traitement rationnel.

7° La généralisation ne se voit presque jamais.

Vu : le Président de la thèse,
LE DENTU

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ledran. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. III, Paris, 1757.

Bayle et Cayol. — Dict. des sciences médicales, tome III, Paris, 1757.

Behrends. — Production cornée de la main. *Archives de Médecine*, 1827.

Marjolin et Blandin. — Cancer mélanique de la main. *Journal hebd. de médecine*, 1829.

Stenhausen. — Production cornée de la main. *Gazette des Hôpitaux*, 1837.

Liston. — Intractable tumour of the hand. *The Lancet*, 1837-1838.

Nivet. — *Bulletin société anatomique*, 1837.

Signorani. — *Gazette des Hôpitaux*, 1840.

Jobert de Lamballe. — Cancer de la main. *Gazette des Hôp.*, 1843.

Nélaton — Éléments de pathologie chirurgicale, 1844.

Denonvilliers. — Ulcère cancéreux du doigt. *Bull. de la Société anatomique*, 1843.

Hughes Bennett. — On cancerous and cancroïd growth. Edimbourg, 1849.

Huguier. — Carcinome de la main droite. *Gazette des Hôpitaux*, 1850.

Mayor. — Tumeur épidermique. *Th. Paris*, 1846.

Michon. — Du cancer cutané. *Thèse de concours*, 1848.

Broca. — Tumeurs dites cancéreuses. *Thèse de Paris*, 1849.

Jarjavay. — Cancroïde de la paume de la main. *Th. Paris*, 1850.

Hannover. — Das épithélioma. Lips, 1852.

Jarjavay. — *Bulletin société anatomique*, 1852.

Robin. — Considérations sur les lésions des glandes sudoripares. *Gaz. des Hôp.*, 1852.

Chassaignac. — Cancer de la main. *Abeille Méd.*, 1852.

Szokalski. — Cancroïde de la main. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1853.

Paget. — Traité des tumeurs, 1853.

Verneuil. — Maladies des glandes sudoripares. *Arch. générales de Médecine*, 1854.

Vermont. — Tumeurs des doigts. *Thèse Paris*, 1855.

Bergot. — Tumeur cornée du dos de la main. *Bulletin société chirurgie*, 1855.

Monod. — Cancer mélanique du pouce. *Gazette des Hôp.*, 1855.

Dupuy. — Du cancroïde ou cancer épithélial. *Th. Paris*, 1855.

Binet. — *Bulletin société anatomique*, 1855.

Virchow. — Trois cas de cancroïde. *Gazette médicale de Paris*, 1855.

Lebert. — Cancroïde papillaire des deux mains. Anatomie pathologique générale et spéciale, 1857.

Parmentier. — Tumeurs épithéliales de la main. *Bull. soc. anatomique*, 1858.

Trichsen — Épithelioma of the hand. *The Lancet*, 1859.

Huguier. — Cancroïde des glandes sudoripares. *Bull. société. Chirurgie*, 1860.

Heurteaux. — Du cancroïde en général. *Th. Paris*, 1860. Art. *Cancroïde* (Dict. Jaccoud).

Lawrence. — Cancroïd induration of the hand. *Lancet*, 1863.

Velpeau. — Cancroïde du dos de la main. *Gaz. des Hôp.*, 1863.

Bœckel. — Cancer épithélial du dos de la main. *Gaz. des Hôp.*, 1865.

Moriggia. — Production cornée de la main, *Gazzetta médica di Torino*, 1866.

Tillaux. — Névromes multiples faux. *Th. d'agrég.*, 1866.

Spencer Watson. — Épithélioma of the hand. *Medical Times*, 1866.

Sedillot. — Tumeur épidermique et cancéreuse de la main. Contribution à la Chirurgie, 1868.

Demarquay. — Tumeur cancroïdale de la main. *Gazette des Hôp.*, 1869.

Follin. — Traité élémentaire de pathogénie externe, 1869.

Polaillon. — Dictionnaire encyclopédique. Article *Main*, 1871.

Heurteaux. — Productions cornées de la main (cornes). Dict. de Médecine et Chirurgie, 1872.

Duménil. — Épithélioma du cinquième métacarpien. *Bul. soc. chirurgie*, 1872.

Dubuclet. — Essai sur l'épithélioma du pied. *Th. Paris*, 1874.

Monory. — Tumeurs solides des doigts. *Th. Paris*, 1878.

Rigaud. — Épithélioma disséminé. *Thèse Paris*, 1878.

Janzion. — Épithélioma des cicatrices. *Th. Paris*, 1876.

Cartaz. — Cancroïde développé au doigt sur du psoriasis. *Bull. société anatomique*, 1877.

Cosson. — Étude sur quelques tumeurs de la main. *Th. Paris*, 1879.

Demay. — Tumeurs de la main. *Th. Paris*, 1880.

Davillé. — Épithélioma des orteils. *Thèse Paris*, 1880.

Blum. — Chirurgie de la main, 1882.

Blum et Mathias Duval. — *Arch. génér. de médecine*, 1883.

Desfosses. — Théorie épithéliale du cancer. *Th. Paris*, 1882.

Hutin. — De l'épithélioma lobulé. *Th. Paris*, 1881.

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie.

Broca. — Cancroïdes cutanés. *Gazette de médecine et de chirurgie*, 1889.

Oiry. — Sur un cas d'envahissement du nerf cubital par un épithélioma lobulé. *Thèse Paris*, 1890.

Scémana de Giallouly. — Traité des tumeurs épithéliales. *Thèse Paris*, 1895.

Niquet. — Causes du cancer. *Th. Paris*, 1895.

Échevin. — Épithélioma des doigts. *Th. Lille*, 1896.

Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie, 1897.

Labiche. — Épithélioma de la main. *Th. Paris*, 1897.

Morestin. — Éplihélioma du dos de la main. *Bulletin Société anatomique*, mai 1899.

Brocq et Besnier. — La pratique dermatologique, 1901.

Le Couédic. — De l'épithélioma sénile du dos de la main. *Thèse Paris*, 1902.

Morestin. — Épithélioma du dos de la main. *Bulletin Société anatomique*, nov. 1905.

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris